

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
NÚCLEO DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA –  
MESTRADO/MAPSI**

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM PRONTO-SOCORRO  
PÚBLICO**

**MOISÉS KOGIEN**

**Porto Velho  
2012**

**MOISÉS KOGIEN**

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM PRONTO-SOCORRO  
PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado/MAPSI como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

**Linha de pesquisa:** Saúde e Processos Psicossociais

**Orientador:** Dr. José Juliano Cedaro

**Porto Velho  
2012**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES**

K789i

Kogien, Moisés

Impactos psicossociais na qualidade de vida de profissionais de saúde em um pronto-socorro público / Moisés Kogien. Porto Velho, Rondônia, 2012.

145f. : Il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) Fundação Universidade Federal de Rondônia / UNIR.

Orientador: Prof. Dr. José Juliano Cedaro

Bibliotecária Responsável: Ozelina Saldanha CRB11/947

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE EM UM PRONTO-SOCORRO PÚBLICO**

**MOISÉS KOGIEN**

**BANCA EXAMINADORA**

Dr. José Juliano Cedaro (orientador)

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Programa: MAPSI

Assinatura: 

Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Programa: MAPSI

Assinatura: 

Dr. Paulo Renato Vitória Calheiros

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Departamento de Psicologia

Assinatura: 

Dissertação aprovada em 16 de agosto de 2012.

## DEDICATÓRIA

Não foi somente de contribuições teóricas e metodológicas que *nasceu* esse trabalho. Ele só foi possível porque algumas pessoas especiais fizeram minha trajetória nesse Mestrado e na vida muito mais feliz.

A vocês dedico esse trabalho.

Minha **família** pelo amor e apoio incondicionais;

**Carlos Alberto Teixeira** sem o qual *tudo* teria sido muito mais difícil;

**Flora Lima Farias de Souza** que me presenteou com sua amizade e seu carinho. Os últimos dois anos foram muito mais prazerosos graças a nossos sorrisos e olhares que somente nós entendíamos;

**Marasella Del Carmen S. R. Macedo, Deusodete Rita da Silva Aimi e Fabiane da Fontoura M. de Melo** pela amizade, cumplicidade e pelos bons momentos compartilhados;

## AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. José Juliano Cedaro**, um agradecimento especial, não somente pela orientação, mas pelo exemplo de competência, dedicação e profissionalismo. E pelo *olhar* sempre atencioso e criterioso sobre os meus escritos, cujas contribuições foram fundamentais para o resultado final desse trabalho.

Ao **Prof. Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos** pelos ensinamentos e pelas imensas contribuições a essa pesquisa e à minha formação como pessoa e pesquisador, mas agradeço, sobretudo, ao carinho despendido nesses dois anos.

Ao **Prof. Dr. Fábio Biasotto Feitosa** por sua disponibilidade e pelas contribuições valiosas nos encaminhamentos estatísticos deste estudo.

À **Profª Dra. Adaílde Miranda de Carvalho** pela acolhida nas disciplinas ministradas no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia. Foram momentos de grande aprendizado e desenvolvimento de práticas docentes.

Aos **Professores do MAPSI** pelo acolhimento e por compartilharem seus saberes e vivências.

À banca de qualificação composta pelos professores **Dr. Gilson de Medeiros e Silva** e **Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos**, pelas valorosas contribuições que nortearam a construção do texto final.

Aos **colegas do Pronto-Socorro João Paulo II** pelo seu tempo e pela colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Obrigado a todos.

*"Escrever é iniciar uma aventura que não se sabe onde nos vai levar; ou melhor, que, depois de algum tempo, se saiba não ser mais possível abandonar. Enquanto não chegamos a isso de não conseguir mais deixar de escrever, não estamos ainda escrevendo para valer. Pesquisar também é isso. Mas no pesquisar o escrever está polarizado, persegue um tema preciso. Escreve-se à procura de um assunto. E quando se chega ao assunto, o escrever se faz pesquisar (...)"*

*Mário Osório Marques (2006 p. 93)<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> MARQUES, M. O. **Escrever é preciso**: o princípio da pesquisa. 5. ed. ver. Ijuí: Editora Ijuí, 2006.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.....	49
Quadro 2 - Questões do instrumento <i>Job Stress Scale</i> que avaliam os níveis de suporte social.....	55
Quadro 3 - Questões do instrumento WHOQOL-BREF que apresentam escore invertido.....	60
Quadro 4 - Questões do instrumento <i>Job Stress Scale</i> que avaliam os níveis de demanda no trabalho.....	61
Quadro 5 - Questões do instrumento <i>Job Stress Scale</i> que avaliam os níveis de controle e suas duas subescalas.....	62
Quadro 6 - Quadro de descrição das variáveis utilizadas no estudo.....	64



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadrantes de interação entre as variáveis do Modelo Demanda-Controle.....	52
Figura 2 - Distribuição dos níveis de controle de acordo com categorias profissionais analisadas.....	102
Figura 3 - Distribuição dos níveis de demandas psicológicas de acordo com categorias profissionais analisadas.....	103
Figura 4 - Distribuição dos níveis de suporte social de acordo com categorias profissionais analisadas.....	105
Figura 5 - Gráfico de dispersão entre os níveis de suporte social e demandas psicológicas apresentados pela amostra global do estudo.....	107
Figura 6 - Gráfico de dispersão entre os níveis de suporte social e os indicadores de QV para o domínio físico apresentados pela amostra global do estudo.....	112
Figura 7 - Distribuição dos indicadores de QV de acordo com os níveis de suporte social apresentados pelo grupo de profissionais vivenciando altas demandas psicológicas.....	113

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos de estudo de acordo com características sociodemográficas.....	66
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos de estudo de acordo com características laborais.....	67
Tabela 3 - Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> para os indicadores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF.....	68
Tabela 4 - Escores médios e desvios-padrão do indicador de QVG e das questões que o compõe (Q1 e Q2) para a amostra global do estudo (n = 217).....	69
Tabela 5 - Escores médios e desvios-padrão do indicador de QVG e das questões que o compõe (Q1 e Q2) segundo variáveis sociodemográficas.....	70
Tabela 6 - Escores médios e desvios-padrão do indicador de QVG e das questões que o compõe (Q1 e Q2) segundo variáveis laborais.....	71
Tabela 7 - Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF para a amostra global do estudo (n = 216).....	73
Tabela 8 - Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF segundo variáveis sociodemográficas.....	74
Tabela 9 - Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF segundo variáveis laborais.....	75
Tabela 10 - Coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> para as categorias do MDC.....	76
Tabela 11 - Escores médios e desvios-padrão dos indicadores de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho para a amostra global do estudo.....	77
Tabela 12 - Escores médios e desvios-padrão dos indicadores de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho segundo variáveis sociodemográficas.....	79
Tabela 13 - Escores médios e desvios-padrão dos indicadores de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho segundo variáveis laborais.....	80
Tabela 14 - Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF segundo variáveis psicossociais do ambiente de trabalho.....	82
Tabela 15 - Coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ) entre as variáveis dependentes e independentes quantitativas contínuas utilizadas no estudo.....	83

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>BMJ</b>	<i>British Medical Journal</i>
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>H0</b>	Hipótese Nula
<b>H1</b>	Hipótese Alternativa
<b>JSS</b>	<i>Job Stress Scale</i>
<b>MDC</b>	Modelo Demanda-Controle
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVG</b>	Qualidade de Vida Geral
<b>SESAU</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SGA</b>	Síndrome Geral de Adaptação
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## RESUMO

KOGIEN, Moisés. **Impactos psicossociais na qualidade de vida de profissionais de saúde em um pronto-socorro público**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2012.

Realizou-se um estudo descritivo e transversal com profissionais assistenciais de um pronto-socorro público localizado na cidade de Porto Velho-RO. A amostra foi composta por 217 profissionais (54,52% da população elegível), que responderam três questionários autoaplicativos acerca de características sociodemográficas e laborais, do ambiente psicossocial de trabalho (*Job Stress Scale*) e sobre aspectos da qualidade de vida (WHOQOL-BREF). A amostra estudada foi composta por adultos jovens, predominantemente do sexo feminino, que declararam morar com companheiro(a) e ter, pelo menos, um filho. Técnicos de enfermagem foram os profissionais que predominaram no estudo, mas também participaram enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistente social. Em relação aos níveis de qualidade de vida, a amostra apresentou indicadores condizentes com uma avaliação mediana para os domínios físico, psicológico e social, enquanto que o domínio ambiental apresentou uma avaliação ruim. A sobrecarga de trabalho foi a característica laboral que influenciou negativamente o maior número de domínios de qualidade de vida. O ambiente psicossocial foi marcado, contraditoriamente, pela presença de baixos níveis de demandas psicológicas. Encontraram-se, ainda, baixos níveis de controle sobre o processo de trabalho e altos níveis de suporte social. Segundo o Modelo Demanda-Controle (MDC), modelo teórico-metodológico utilizado para a avaliação do ambiente psicossocial em questão, o maior percentual de trabalhadores se enquadrou no perfil de “trabalho passivo”, que envolve a interação entre baixas demandas psicológicas e baixos níveis de controle, o que resulta, de acordo com o modelo, na segunda experiência laboral mais deletéria à saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Profissionais de saúde. Hospitais de emergência. Modelo Demanda-Controle. WHOQOL-BREF.

## ABSTRACT

KOGIEN Moisés. **Psychosocial impacts on the quality of life of health professionals in a public emergency hospital.** 2012. 145 f. Dissertation (MS in Psychology) — Universidade Federal de Rondonia, Porto Velho, 2012.

A descriptive and cross-sectional study was carried out with health care professionals from a public emergency hospital in the city of Porto Velho, Rondonia, Brazil. The sample consisted of 217 professionals (54.52% of the eligible population), who answered to three self-applicable questionnaires on sociodemographic and labor characteristics of the psychosocial work environment (Job Stress Scale) and on aspects of quality of life (WHOQOL-BREF). The sample under study consisted of young adults, mostly female, who reported to live with a partner and have, at least, one child. Nursing technicians was the predominant professional class in the study, but nurses, physicians, physiotherapists, psychologists, nutritionists, and social workers also participated in it. Regarding the quality of life levels, the sample showed indicators consistent with an average assessment for the physical, psychological, and social domains, while the environmental domain presented a bad assessment result. Overwork was the labor characteristic which negatively affected the largest number of quality of life domains. The psychosocial environment was marked, paradoxically, by the presence of low levels of psychological demands. Low levels of control over the work process and high levels of social support were also found. According to the Demand-Control Model (DCM), theoretical-methodological model used to assess the psychosocial environment concerned, the highest percentage of workers fell within the profile of “passive job”, which involves the interaction between low psychological demands and low levels of control, something which results, according to the model, in the second most harmful labor experience with regard to worker’s health.

**Keywords:** Quality of life. Health professionals. Emergency hospitals. Demand-Control Model. WHOQOL-BREF.

## SUMÁRIO

1	Introdução.....	14
2	Objetivos.....	19
3	Referencial Teórico.....	20
3.1	A organização do trabalho nos serviços de urgência e emergência e a dicotomia entre prazer e sofrimento.....	20
3.2	Aspectos conceituais sobre qualidade de vida.....	23
3.3	Aspectos conceituais sobre estresse e estresse laboral.....	29
3.4	Aspectos de confluência - qualidade de vida e estresse.....	34
3.5	Aspectos psicossociais do trabalho.....	35
3.5.1	Controle sobre o trabalho.....	36
3.5.2	Suporte social.....	38
3.5.3	Demandas psicológicas no ambiente laboral.....	40
4	Método.....	42
4.1	Tipo de estudo.....	42
4.2	Local e população do estudo.....	43
4.3	Aspectos éticos.....	44
4.4	Procedimentos para coleta de dados.....	46
4.5	Instrumentos de coleta de dados.....	46
4.5.1	WHOQOL-BREF.....	47
4.5.2	Modelo Demanda-Controle e seus instrumentos de operacionalização.....	50
4.6	Tratamento e análise estatística dos dados.....	55
4.6.1	Análise estatística do WHOQOL-BREF.....	58
4.6.2	Análise estatística da <i>Job Stress Scale</i> .....	59
4.7	Tratamento de dados perdidos ( <i>missing data</i> ).....	62
4.8	Variáveis de interesse para o estudo.....	62
5	Resultados – apresentação e análise descritiva dos dados .....	64
5.1	Caracterização da amostra estudada.....	64
5.1.1	Quesitos sociodemográficos e laborais.....	64
5.2	Avaliação da qualidade de vida de profissionais de assistência à saúde.....	66
5.2.1	Qualidade de vida geral.....	67
5.2.2	Domínios de qualidade de vida.....	72
5.3	Avaliação de aspectos psicossociais do trabalho de profissionais de assistência à saúde.....	75
5.4	Análise correlacional.....	82
6	Discussão.....	84
6.1	O desempenho psicométrico dos instrumentos no contexto do estudo.....	84

6.2	Um retrato da qualidade de vida dos profissionais assistencialistas do pronto-socorro público.....	86
6.3	A configuração dos aspectos psicossociais do ambiente laboral no pronto-socorro público e seu potencial efeito estressogênico.....	96
6.4	Aspectos psicossociais e qualidade de vida em um pronto-socorro público: possíveis correlações.....	106
7	Considerações finais.....	114
8	Referências.....	119
9	Anexos.....	127
9.1	Questionário de caracterização sociodemográfica e laboral.....	128
9.2	WHOQOL-BREF.....	129
9.3	Questionário do Conteúdo do Trabalho em sua versão resumida - <i>Job Stress Scale</i> .....	132
10	Apêndices.....	134
10.1	Autorização da instituição.....	135
10.2	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	136
10.3	Resultados secundários.....	137

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho na contemporaneidade ocupa uma parcela importante do cotidiano do ser humano e se relaciona de maneira tão intrínseca com sua vida que é concebido, por várias vertentes teóricas, como determinante da essência, identidade e subjetividade humana.

Analizado por essa perspectiva, e contextualizado no cenário social atual, concebe-se que o trabalho permite às pessoas alcançarem reconhecimento e prestígio social, bem como ajuda a atenderem às suas necessidades psicossociais mais básicas, podendo ser caracterizado como meio para obtenção de prazer e realização pessoal. Logo, um condicionante para a vida humana na sua eterna busca de sentidos e sensações (FERNANDES, 2009).

Em função deste caráter, entende-se que o trabalho humano deve ser desenvolvido em condições que contribuam para o pleno desenvolvimento do trabalhador e de sua vida, respeitando sua integridade física e mental (SILVA, 2010). Entretanto, nem sempre essa situação é observada, pois frequentemente as atividades laborais, em diferentes graus de intensidade, podem causar efeitos deletérios à saúde. Nesses casos, o trabalho assume um papel ambíguo na vida do indivíduo, passando a também ser causa de sofrimento ou mesmo adoecimento para muitas pessoas (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994; DEJOURS, 2004).

Essa relação ambígua, apesar de estar nítida e acentuadamente estabelecida na sociedade contemporânea, é fruto de um processo histórico e secular no qual os homens têm sido explorados de distintas maneiras no que diz respeito às suas relações e vínculos laborais. Essa exploração exacerbada fornece ao trabalho um sentido negativo tão acentuado que sobrepuja seu potencial como mecanismo salutar, de prazer e/ou satisfação (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

As últimas décadas marcaram várias conquistas sociais que permitiram melhorias em diversas áreas que dizem respeito às relações entre o cidadão e o seu trabalho, porém modos de exploração do trabalho humano se mantêm, muitas vezes metamorfoseados ou maquiados (JACQUES; CODO, 2002). Braga, Carvalho e Binder (2010), dentro dessa mesma questão, mostram que a exploração do trabalho contemporâneo é evidente, podendo ser observada na exploração da força de trabalho, aumento das demandas laborais, cobranças excessivas por produtividade, ambientes laborais competitivos, entre muitos outros exemplos que poderiam



ser citados. Todas essas situações contribuem para a precarização do trabalho e podem ser corresponsáveis pela carga negativa associado ao trabalho e que é vivenciada pelo trabalhador na contemporaneidade.

Essas novas configurações do processo laboral implicam diretamente em novas formas de organização do trabalho e, as causas dos efeitos danosos que podem ser atribuídos a este não são inevitáveis e podem ser encontradas nestes modelos de organização do trabalho das sociedades capitalistas (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990).

A organização do trabalho compreende uma rede complexa de fatores que inclui vários aspectos que podem ser patologizantes, como o conteúdo e tipo das tarefas realizadas, o sentido e significado atribuído a essas tarefas, a divisão de responsabilidades, hierarquias, entre outros. Em resposta, o sujeito se vê mobilizado a inúmeras emoções e investimentos psicossociais, como: amor, ódio, competição, fuga, amizade, solidariedade, (des)confiança etc. Diversos autores relacionam esta situação de adoecimento com a maneira pela qual o trabalho se organiza principalmente pelas situações laborais conterem aspectos biopsicossociais com potencial para o adoecimento (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994; DEJOURS, 2004).

Entre os trabalhos com potencial patologizante destacam-se as ocupações de caráter interativo, sobretudo as assistenciais, pois este tipo de atividade exige dos profissionais altos níveis de comprometimento e envolvimento emocionais, gerando demandas psicológicas intensas neste segmento de trabalho (ROSSI, et al., 2004). As ocupações relacionadas à assistência à saúde humana destacam-se neste contexto, sobretudo aquelas ocupações inseridas no ambiente de urgência e emergência, pois essas unidades são singulares em relação às demandas psicológicas por se tratarem de ambientes permeados por sentimentos de frustração, impotência, medo, desesperança, desamparo, entre outros.

Neste contexto, destaca-se a alta incidência de demandas psicológica e social que veem acometendo trabalhadores por estarem submetidos a condições precárias de trabalho, como é o caso de instituições de saúde pública que atuam em situações de emergência e urgência, cujos estudos recentes mostram, negligência acentuada dos cuidados à saúde por parte destes profissionais (BEZERRA; BERESIN, 2009).

A esses aspectos somam-se as mudanças atuais do mundo do trabalho capitalista<sup>2</sup>, que não pouparam o setor da saúde brasileiro da precarização. A respeito deste processo Sobrinho, et al. (2006) citam que os serviços de saúde públicos e privados no Brasil passaram por grandes mudanças relacionadas diretamente à hegemonia do modelo capitalista de produção, no qual novas tecnologias foram agregadas e novos modelos de organização do trabalho foram implementados, com consequente mudanças nas relações dos profissionais de saúde com o seu trabalho, uma vez que esse agrupamento de trabalhadores passa a se submeter às mesmas regras impostas aos trabalhadores de qualquer empresa de regime capitalista tais como, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução de salários, perda do controle de suas atividades e instabilidade de contratos de trabalhos que se tornaram constantes neste novo cenário gerando medo, tensão e submissão dos profissionais, tornando o estresse um fenômeno presente no cotidiano dos serviços de saúde impactando diretamente na saúde e na qualidade de vida dos profissionais deste segmento laboral (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Embora muitos estudos relacionem os efeitos deletérios do estresse com o comprometimento da saúde física do ser humano, outros ressaltam que tais impactos não se limitam a esta esfera. Lipp (1997) destaca que existem fortes evidências de que estados prolongados de estresse possam interferir no bem-estar psicológico e na percepção de qualidade de vida do ser humano.

Para Martins (1999), o sentido e o significado atribuídos por um profissional ao seu trabalho são fatores de grande influência para determinar sua qualidade de vida. Parte-se da premissa da reorganização do trabalho contemporâneo nos moldes capitalistas, reforçando que, neste modelo vigente, o trabalho organiza a vida do trabalhador, além de ocupar importante parcela de sua vida e conotar a utilidade do indivíduo na sociedade.

O tema “qualidade de vida” tem ganhado bastante abrangência na literatura científica contemporânea, com ênfase nas últimas décadas (MARTINS, 2002; KLUTHCOVSK, TAKAYANAGUI, 2007). Este aumento progressivo do interesse sobre essa temática é fruto dos vários avanços sociais em muitos países e, com isso, passou a haver uma focalização em

---

<sup>2</sup> O capitalismo como fenômeno estruturante da sociedade contemporânea repercute no modo de ser e relacionar-se do homem de múltiplas e complexas maneiras, sendo um grande desafio articulá-las em sua totalidade em qualquer obra. Neste trabalho quando se menciona as transformações e/ou características do modelo capitalista atém-se, sobretudo, aos processos de industrialização, modernização e tecnologização nos sistemas de produção de bens e serviços que alteraram drasticamente as condições e a organização do trabalho e acarretaram mudanças significativas nos planos individual e social da vida do trabalhador moderno (KARASEK; THEORELL, 1990).

trabalhos que pretendem entender e promover o bem-estar do ser humano, incluindo o *habitat* das atividades laborais (MARTINS, 2002; KLUTHCOVSK, TAKAYANAGUI, 2007).

Considerando a realidade de trabalhadores de unidades públicas de saúde, responsáveis pelo atendimento de casos de urgência e emergência, ou seja, que lidam cotidianamente com situações entre a vida e a morte, muitas vezes em condições e recursos bastante aquém do mínimo necessário, decidimos pesquisar o impacto de aspectos psicossociais deste ambiente laboral sobre a qualidade de vida dessas pessoas.

Optou-se pela utilização do Modelo Demanda-Controle (MDC) desenvolvido por Robert Karasek (*Job Strain Model*, em sua denominação mais recente no inglês). Trata-se de um modelo teórico bidimensional, baseado na abordagem simultânea de duas características psicossociais do trabalho: o controle e a demanda psicológica. Foi proposto no final da década de 1970, oriundo da vertente de estudos sobre estresse laboral e suas relações com os determinantes psicossociais do ambiente de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O MDC tem como objetivo relacionar o grau de controle (*decision latitude*), das demandas psicológicas (*psychological demands*) e do suporte social gerado pela maneira como o trabalho é organizado em seu ambiente com o modo com que ele repercute (psíquica e organicamente) na saúde dos trabalhadores (ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003; AGUIAR, FONSECA, VALENTE, 2010).

Diversos estudos defendem que condições laborais favoráveis ao desenvolvimento do controle do trabalho por parte do trabalhador e que propiciam a utilização e incremento de suas habilidades têm sido identificadas como requisitos importantes para que o trabalho aja como um componente salutar na vida das pessoas propiciando bem-estar, prazer e saúde. A defesa de que controle sobre a atividade laboral ameniza o impacto dos efeitos deletérios que as altas demandas psicológicas podem causar sobre a saúde do trabalhador é a premissa básica do MDC (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990).

As primeiras formulações deste modelo discutem que estresse laboral e suas consequências para a saúde do trabalhador são consequências dos efeitos combinados entre uma situação de trabalho de alta demanda e a capacidade que os trabalhadores possuem para controlar essas demandas (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990). A partir desta lógica, duas perspectivas básicas são ressaltadas. A primeira perspectiva prediz que situações nas quais interagem altas demandas e baixo controle propiciam os efeitos mais adversos à

saúde do trabalhador. A segunda perspectiva se apoia na premissa de que (alto) controle atua como agente amenizador e minimizador do potencial efeito negativo que as demandas psicológicas geram no desempenho e na saúde do trabalhador.

Posteriormente, uma terceira dimensão foi adicionada ao MDC original, denominada “suporte social” que avalia o suporte recebido pelo trabalhador por parte de suas chefias e colegas de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990) e prediz que baixos indicadores de apoio social dos supervisores e dos pares contribuem para o aumento de estresse no trabalho (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990; BRUIN, TAYLOR, 2006).

De Jonge e Kompier (1997)<sup>3</sup> citados por Rehman, Rasli e Alharthey (2011) apontam que a teoria de Karasek se baseia em duas proposições centrais: a primeira é que insatisfação psicológica e descontentamento no trabalho resultam dos trabalhos caracterizados por altas demandas psicológicas em combinação com baixos níveis de controle e baixos níveis de suporte social; a segunda proposição é que o melhor desempenho será conseguido nos trabalhos que se caracterizam por altas demandas, altos níveis de controle e suporte social.

Diante desta relação ambígua estabelecida entre trabalho e a saúde do trabalhador e, tendo como base as premissas do MDC, entende-se que os componentes psicossociais do trabalho, analisados neste modelo teórico-metodológico, em determinadas situações, comportam-se como fatores de risco para o adoecimento da classe trabalhadora comprometendo sua qualidade de vida. Assim, duas hipóteses básicas foram descritas com base nestas considerações. Primeiro: altas demandas psicológicas do ambiente laboral estão relacionadas com índices mais baixos de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, ambiental e das relações sociais, enquanto altos níveis de controle e suporte social estão relacionados com índices mais altos de qualidade de vida nos referidos domínios. Segundo: altos níveis de controle e suporte social estão relacionados a indicadores mais altos de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, ambiental e social e, inclusive, atuarão amenizando os efeitos das demandas psicológicas na qualidade de vida da amostra desta pesquisa.

---

<sup>3</sup> DE JONGE, J.; KOMPIER, M. A. J. A critical examination of the Demand–Control–Support Model from a work psychological perspective. **International Journal of Stress Management**, v. 4, p. 235–58, 1997

## **2 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Verificar se existe relação entre os índices de qualidade de vida e os níveis de estresse laboral, conforme as variáveis psicossociais do MDC, em uma amostra de profissionais de saúde de um pronto-socorro público.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a amostra segundo variáveis de gênero, idade, situação marital, número de filhos, tempo de serviço na instituição, classe profissional, carga horária de trabalho semanal e turno de trabalho;
- Caracterizar a amostra segundo níveis de controle, demandas psicológicas e apoio social;
- Caracterizar a amostra segundo os índices de qualidade de vida nas dimensões física, psicológica, ambiente e relações sociais;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A organização do trabalho nos serviços de urgência e emergência e a dicotomia entre prazer e sofrimento

*“O trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença seja a saúde.” (DEJOURS, 1992, p. 164)*

O pronto-socorro (pronto-atendimento ou serviço de urgência e emergência) é a principal porta de entrada do paciente ao sistema de saúde e caracteriza-se por receber indivíduos em situações emergenciais, com ou sem risco iminente de morte (ROSSI et al., 2004). São considerados um dos segmentos hospitalares com maior complexidade assistencial e com o maior fluxo de atividades de profissionais e usuários.

Os serviços de urgência e emergência deveriam se caracterizar, de acordo com Awada e Rezende (2007), pela capacidade do serviço e das equipes para manutenção da vida humana, pela capacidade em garantir métodos de diagnóstico e de terapêutica eficientes que atuem como agentes redutores da mortalidade, morbidade e de sequelas. Todavia, este segmento do atendimento à saúde é fortemente associado a outras características como a superlotação, sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho para os profissionais assistenciais (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

O ritmo acelerado de trabalho é uma característica inerente ao processo de trabalho e à logística organizacional de um serviço de emergência, pois é preciso atuar de forma rápida e efetiva para reverter situações potencialmente letais. Contudo, é preciso considerar, também, que a superlotação de pacientes nessas unidades e a sobrecarga de trabalho para os profissionais, fatores que na atualidade passaram a ser vistos como inerentes aos prontos-socorros, mas não são características que podem ser consideradas próprias da organização deste trabalho, constituem em um fato negativo para os envolvidos.

O cerne desta situação, nitidamente problemática e na qual se sobressaem características negativas em detrimentos aos aspectos positivos, é multideterminado, não sendo possível especificar apenas um único evento responsável para a instalação deste quadro que, em muitos cenários, beira o caótico. Diante desta natureza de múltiplas determinações é possível elencar fatores de agravamento que contribuem para esta dinâmica de funcionamento vigente dos prontos-socorros.

Conforme Awada e Rezende (2007), possíveis explicações para esse quadro podem ser pautadas em questões históricas, culturais e sociais, que têm contribuído ao longo das últimas décadas para o agravamento progressivo da situação das unidades de urgência e emergência. Esses autores se referem às discrepâncias das desigualdades econômicas e sociais, o incremento progressivo dos índices de violência urbana, o envelhecimento gradual da população, mudanças do perfil de morbimortalidade e, deficiências na gestão pública. É importante ressaltar que todas essas causas potenciais são como peças de um quebra-cabeça que isoladamente fornecem uma noção parcial e incompleta do cenário total, mas no momento em que se aglutinam permitem vislumbrar um contexto maior e mais complexo.

A demanda excessiva e crescente de pacientes, que superlotam os prontos-socorros públicos, vem sendo impulsionada de maneira peculiar nos últimos anos, principalmente pelo aumento das diversas formas de manifestação da violência urbana (DESLANDES, 2000) e pelas deficiências e falhas da rede de atenção à saúde do sistema público de saúde brasileiro (AWADA; REZENDE, 2007).

Em relação à violência urbana, Waiselfisz (2010, p.10) destaca que as últimas décadas do século passado marcaram uma “profunda mudança nas formas de manifestação, de percepção e de abordagem de um fenômeno marcante de nossa época, a violência”. O contínuo aumento da violência urbana cotidiana configura-se como aspecto representativo e problemático da organização contemporânea da vida social, especialmente nos grandes centros urbanos, manifestando-se nas diversas esferas da vida social (WAISELFISZ, 2010).

No segmento da saúde, são nos serviços de urgência e emergência que o fenômeno violência adquire visibilidade e constância, mesclando-se ao próprio processo de trabalho e às relações interpessoais presentes neste ambiente (DESLANDES, 2000).

O crescente aumento da violência urbana repercute diretamente no aumento da demanda por serviços de saúde de emergência, criando um desafio singular no campo da saúde (DESLANDES, 2000). Somado a isso, há a ineficiência dos serviços de atenção primária e secundária, fazendo com que uma parcela considerável da população procure atendimento em prontos-socorros, mesmo perante situações elementares de problemas de saúde.

Na falta de alternativas para recorrerem nestes momentos de fragilidade orgânica e psíquica, essa população desassistida encontra, nos prontos-socorros, um último reduto para

serem atendidos e terem seus problemas resolvidos (AWADA; REZENDE, 2007). Como a maior parte das queixas não constitui risco iminente de morte na coerência do atendimento emergencial esse fluxo imérito de pacientes causa, além da sobrecarga de atendimentos nos serviços, uma descaracterização do setor que é marcado pelo cuidado ativo ao indivíduo gravemente enfermo.

Nessa conjuntura, os profissionais de saúde também são afetados por terem que suportar tamanha demanda, sobretudo quando precisam decidir rapidamente quais pacientes receberão primeiramente os cuidados.

Situações desta natureza são suscitadoras de sofrimento no ambiente de trabalho, pois fazem emergir no trabalhador sentimentos de culpa e acarretam conflitos pessoais e éticos (DAL PAI; LAUTERT, 2008). Assim, sobrevêm a culpa e conflitos éticos pela inviabilidade ou impossibilidade de não poder realizar aquilo que acredita ser o melhor para o paciente em virtude das condições e da organização do trabalho em pronto-socorro, um típico dilema entre o trabalho prescrito (ou o idealizado) e o trabalho real, criando um ambiente psicossocial negativo e patogênico ao trabalhador.

A esse ambiente conflitivo soma-se a pesada carga psíquica negativa inerente de unidades críticas nas quais a potencialidade de morte é uma constante. Dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, sensação de desamparo e perda permeiam as unidades de emergência e constituem em mais demandas psicológicas com possível efeito deletério à saúde e qualidade de vida do trabalhador (PITTA, 1996).

Nem tudo é insalubre na dinâmica psicossocial dos prontos-socorros. Como mencionam Almeida e Pires (2007), o trabalho nesses ambientes não envolve apenas o sofrimento, pois a atuação neste tipo de trabalho pode trazer satisfação à medida que o profissional vivencia a possibilidade de contribuir para o alívio da dor e do sofrimento físico de outrem, bem como de poder salvar vidas.

As excessivas demandas psíquicas inerentes ao trabalho em um pronto-socorro, que se centra no cuidado intensivo para a manutenção da vida, criam um ambiente psicossocial permeado por sentimentos contraditórios no qual predomina a dialética e ambígua relação do trabalhador com o trabalho em serviços de urgência e emergência hospitalar, relação que tem sido retratada na literatura científica nos últimos anos.



Se por um lado o trabalho voltado ao cuidado intensivo para reverter situações de risco pode ser fonte de gratificação pessoal e satisfação, esse mesmo trabalho também pode propiciar sofrimento e insatisfação, suscitando nos profissionais uma série de efeitos negativos e deletérios que impactam em vários âmbitos, sobretudo na qualidade de vida.

### 3.2 Aspectos conceituais sobre qualidade de vida

*" [...] qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes" (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 18)*

Definir *qualidade de vida* não é uma tarefa fácil. Trata-se de uma expressão de difícil conceituação e desde seu surgimento, no início do século XX, encontra-se em processo de construção de um significado que seja definitivo e aceito universalmente.

Não existe consenso na literatura quanto ao primeiro uso da expressão. Alguns autores atribuem sua origem ao economista inglês Arthur Cecil Pigou<sup>4</sup>, no ano de 1920, em sua obra que versava sobre economia e bem-estar de classes sociais mais pobres (WOOD-DAUPHNEE, 1999). Kluthcovsky e Takayanagui (2007) destacam que na obra de Pigou tal expressão não foi valorizada, tendo sido ignorada até meados da década de 1960, quando Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, fez uso em um discurso, incitando o interesse público para tais questões (FLECK et al., 1999).

Nas últimas décadas o construto “qualidade de vida” tem sido foco de estudos em diversas áreas do conhecimento humano, dialogando com temas da medicina, sociologia, filosofia e psicologia, por exemplo, sendo considerada uma das temáticas mais interdisciplinares da atualidade (FARQUHAR, 1995). Todavia, apesar de ser um campo fértil em pesquisas acadêmicas e de apresentar crescimento exponencial no número de publicações nos últimos anos, ainda inexiste uma definição que abranja satisfatoriamente toda a complexidade inerente ao construto.

Essa falta de consenso em torno do conceito permitiu que nas últimas décadas uma miríade de significados para a qualidade de vida surgisse nos inúmeros trabalhos científicos

---

<sup>4</sup> PIGOU, A. C. **The economics of welfare**. London: Macmillan, 1920.

publicados sobre a temática, levando a uma excessiva “liberdade criativa” e permitindo que muitos pesquisadores trabalhassem com noções idiossincrásicas.

Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram este um ponto negativo que permeia todos os últimos estudos sobre qualidade de vida, conforme concluíram ao conduzirem uma revisão da literatura sobre o assunto. Acrescentam, afirmando que é imprescindível explicitar e clarificar tal conceito, para eliminar essa inconsistência teórica. Essa preocupação com a construção de um conceito mais sólido não é exclusiva destes autores. É consenso entre pesquisadores desta temática que há grandes controvérsias conceituais e isto dificulta a elaboração de teses e teorias generalizáveis, assim como impossibilita a construção de instrumentos fidedignos para a mensuração uniforme do fenômeno em populações humanas distintas.

Campbell, Converse e Rogers (1976)<sup>5</sup>, citados por diversos autores como Cella e Tulsky (1990); Awad e Voruganti (p. 558, 2000) e Seidl e Zanon (p. 581, 2004), em meados da década de 1970, enfatizavam essa dificuldade consensual descrevendo qualidade de vida como "uma vaga e etérea entidade, algo sobre o que muitas pessoas falam, mas que ninguém sabe ao certo o que fazer com ela".

Para atender essas demandas teóricas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu um grupo de pesquisadores na tentativa de elaborar um conceito claro e conciso sobre qualidade de vida. Os esforços deste grupo resultaram, em meados da década de 1990, em uma definição, entendendo *qualidade de vida* como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p.1405). Tal assertiva reflete a visão de que qualidade de vida refere-se a uma avaliação subjetiva incorporada em um contexto cultural, social e ambiental distinto (WHOQOL GROUP, 1995). Trata-se, portanto, de uma visão bastante genérica, pois depende do ponto de vista que cada pessoa tem sobre si e do meio onde vive. Mesmo assim, tal definição é a mais utilizada no meio acadêmico.

Se a busca por um consenso pela conceituação de qualidade de vida é um desafio, o consenso pela padronização dos elementos utilizados para a mensuração do construto também o é. Os diversos e diferentes estudos que utilizaram suas próprias e peculiares concepções

---

<sup>5</sup> CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; ROGERS, W. L. Subjective measures of well-being. **American Journal of Psychology**, v. 31, p. 117-24, 1976.

sobre qualidade de vida também utilizaram elementos próprios e distintos para mensurá-la ou avaliá-la de acordo com seus interesses ou objetivos. Na revisão de literatura conduzida por Cummins (1996) foram identificados mais de mil aspectos ou elementos diferentes que avaliavam o grau de qualidade de vida de um indivíduo.

Embora haja esta vasta gama de variáveis utilizadas para avaliar o construto, alguns elementos fundamentais se destacam na literatura como requisitos básicos e essenciais para a concepção de uma definição e avaliação aceitável (CUMMINS, 1996). Esses mesmos elementos foram utilizados pelo grupo da OMS para a elaboração de seu conceito genérico sobre qualidade de vida, tendo maior destaque as concepções de *multidimensionalidade*, de *subjetividade* e de *bipolaridade* atrelados ao conceito (WHOQOL GROUP, 1995).

Para Fleck e colaboradores (1999) a dimensão subjetividade se refere à auto-percepção que as pessoas fazem da qualidade de suas vidas, refletindo a partir de suas vivências e sentimentos. Este aspecto considera fatores como satisfação e realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, percepção de bem-estar, acessibilidade a eventos culturais, oportunidades de lazer, felicidade, solidariedade, liberdade, entre outros. Em síntese, pode-se entender a subjetividade relacionada à qualidade de vida, como o modo e os motivos pelos quais as pessoas vivenciam positivamente suas vidas (GIACOMINI, 2004).

Apesar de ser um elemento central da conceituação de qualidade de vida a subjetividade não pode ser valorizada única e exclusivamente em detrimento aos aspectos objetivos que, também, determinam o construto como destaca Meeberg (1993). De acordo com o autor existem determinadas condições objetivas presentes no meio e na vida das pessoas que influenciam sua percepção a respeito da qualidade de suas vidas.

Esse apontamento considera que qualidade de vida é ao mesmo tempo a avaliação de quesitos objetivos e subjetivos da vida das pessoas. O domínio objetivo diz respeito às medidas de mensuração objetiva do bem-estar que são cultural e temporalmente importantes (aspectos econômicos e de segurança, por exemplo), enquanto o domínio subjetivo avalia questões de satisfação pessoal aos diferentes aspectos da vida, reconhecendo que as pessoas valorizam de maneira diferente cada segmento da vida, de acordo com suas vivências e experiências (CUMMINS, 1996).

Um dos desafios na elaboração do conceito de qualidade de vida foi a tentativa de equilibrar a relação, nem sempre harmônica, entre os aspectos subjetivos e objetivos da vida

humana. A solução encontrada foi a criação de um modelo multidimensional no qual interagem dialeticamente aspectos objetivos e tangíveis, bem como as experiências no plano subjetivo.

O conceito de *bipolaridade* pauta-se na ideia de que a avaliação da qualidade de vida não se restringe na observação ou na mensuração de dimensões positivas na vida do indivíduo, mas também da relação dicotômica com aspectos negativos. Ou seja: para se ter qualidade de vida não basta que determinada situação positiva esteja presente, faz-se necessário que situações negativas não estejam presentes.

Para clarificação desta concepção, pode-se considerar que para um indivíduo ser avaliado como tendo bons índices de qualidade de vida ele deve manifestar a presença de sentimentos positivos, bem-estar e aceitação de si mesmo, mas somente isso não garante os melhores níveis de qualidade de vida, para se alcançar níveis mais elevados na avaliação o indivíduo deve não estar vivenciando ou sentindo sensações como desespero, ansiedade e mau-humor, que são aspectos negativos.

Por sua vez, a *multidimensionalidade* remete diretamente à complexidade do construto e à concepção de que, para avaliar qualidade de vida, deve-se adotar critérios de natureza múltipla e distinta, atingindo vários aspectos da vida do indivíduo devido a miríades de elementos que influenciam o bem-estar das pessoas.

Diante da enorme variedade de facetas que podem ser estudadas, a multidimensionalidade gera a possibilidade de várias interpretações de acordo com combinação das que são analisadas. Por isso, alguns pesquisadores alertam para que uma visão do que seria uma boa qualidade, não seja confundida de forma reducionista, como se tratasse apenas de “vida boa”, levando em consideração apenas aspectos econômicos (FLECK et al., 1999).

Essa preocupação se embasa em tendências históricas que acompanharam a evolução das pesquisas sobre esse assunto nos seus primórdios, pois tanto na obra de Pigou, quanto no discurso de Lindon Johnson (primeiros relatos sobre o uso da expressão), qualidade de vida estava intimamente atrelada à aquisição de bens-materiais e à disponibilidade de recursos financeiros. Essa associação, criada pelos pioneiros na utilização da terminologia e, provavelmente, fruto do modelo capitalista que fortemente marcou o período, definiu as

tendências dos primeiros estudos que se pautavam apenas em indicadores econômicos objetivos para determinar o grau de qualidade de vida de um indivíduo, grupo ou população.

Com o passar do tempo e o avanço nas pesquisas acadêmicas, várias limitações começaram a ser percebidas nesses indicadores econômicos e não mais atendiam satisfatoriamente as necessidades de avaliação do construto. Bognar (2005) ressalta que os indicadores econômicos são úteis para planejamentos em larga escala e para a análise de tendências sociais. No entanto, falham e pouco contribuem quando se procura estudar aspectos mais particulares da sociedade. O autor lembra que bem-estar econômico é apenas uma das inúmeras facetas que compõe o bem-estar geral de um indivíduo. Logo, a avaliação pautada apenas nesse aspecto não é suficiente para descrever e avaliar a totalidade das condições de vida de uma pessoa. Com a instauração desse cenário e tendências, o conceito ultrapassa a dimensão da produção de bens e serviços impostos pelo capitalismo, assumindo outro caráter que se relaciona essencialmente ao modo e às condições como as pessoas vivem (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A tendência atual, a partir das discussões da OMS, é valorizar a multidimensionalidade, considerando qualidade de vida sob uma ótica mais ampla, incluindo quesitos como segurança, amor, felicidade, afetividade, condição financeira estável, trabalho, saúde, lazer, religiosidade, entre tantos outros (SEIDL, ZANNON, 2004; FLECK et al., 1999).

Ressalta-se que o conceito não pode ser avaliado adequadamente valorizando determinados aspectos da vida humana em detrimento de outros, pois é a “qualidade” de todas as relações do homem com seu meio que determinará globalmente o grau de sua qualidade de vida (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000; KLUTHCOVSK, TAKAYANAGUI, 2007).

O entendimento atual de qualidade de vida como um construto que engloba todas as áreas de experiência de um indivíduo é atravessado pelo conceito de subjetividade, pois alguns aspectos da vida humana são percebidos individualmente como mais significantes e importantes do que outros, de acordo com as vivências e experiências que o indivíduo adquiriu ao longo de sua história. E, portanto, o grau de significância atrelado a este aspecto pelo indivíduo certamente impactará mais intensamente do que outros aspectos (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000; KLUTHCOVSK, TAKAYANAGUI, 2007).

Deve-se ressaltar também a mutabilidade do tempo e do espaço, conforme considera Moreira (2007), defendendo a ideia de que a qualidade de vida das pessoas é determinada por uma condição histórica, social e cultural.

Minayo, Hartz e Buss (2000) clarificam essa concepção citando que, historicamente, em determinado período de tempo e considerando as diferenças da evolução econômica, tecnológica e social uma determinada sociedade possui parâmetros de avaliação de qualidade de vida diferentes dos quais essa mesma sociedade possuía em outro momento da história ou, provavelmente, possuirá em um momento futuro. No âmbito cultural esses mesmos autores referem que as tradições de cada sociedade determinam e hierarquizam de maneira distinta os seus valores e necessidades. Dessa forma cada povo priorizará para si mesmo o que é melhor para se ter uma melhor qualidade de vida de acordo com suas aspirações, metas, valores e normas.

Em função disso, a OMS ressalta que é imprescindível, durante a elaboração de instrumentos genéricos para avaliação da qualidade de vida, ter consciência e refletir acerca da dimensão cultural, pois este determinante fará com que o grau de significância dos múltiplos aspectos que condicionam os níveis de qualidade de vida variem entre culturas diferentes (WHOQOL GROUP, 1995).

No que se refere ao aspecto social, Minayo, Hartz e Buss (2000) ressaltam a questão das estratificações sociais e como qualidade de vida pode possuir diferentes significados em uma mesma sociedade e em um mesmo período histórico, principalmente quando as desigualdades e a heterogeneidade na sociedade são fortemente acentuadas. Assim, a concepção de qualidade de vida está associada com o bem-estar das classes sociais superiores e ascensão que as demais almejam.

A partir destas principais características a OMS pode reorganizar o conceito de qualidade de vida que, como já ressaltado previamente, assume um caráter bastante genérico, mas também permitiu a elaboração de instrumentos de avaliação fidedignos e consistentes para a mensuração uniforme do fenômeno mesmo em populações culturalmente distintas. A premissa destes instrumentos consiste na avaliação simultânea de vários quesitos da vida humana, considerados indispensáveis para o pleno bem-estar físico, psicológico e social.

Cummins (2002) lembra que as inconsistências teóricas e conceituais ainda persistem na atualidade, mas mesmo assim esse conceito tem se apresentado útil na orientação e

embasamento do cuidado prestado às populações e, portanto, sua avaliação adquire respeitável relevância. Conhecendo-se como esse fenômeno impacta em determinados agrupamentos humanos, amplia-se as possibilidades de decisão e extensão dos programas e políticas públicas assistenciais, seja no campo da saúde, educação, social ou de desenvolvimento humano.

Diante da multiplicidade de elementos que interatuam para compor esse construto, alcançar níveis plenos de qualidade de vida na complexa sociedade atual parece ser uma utopia. Enquanto que a natureza multifacetada contribui para a intangibilidade da plenitude do conceito, essa mesma natureza contribui para a sua multideterminação, ou seja, permite que inúmeros fatores interfiram na qualidade de vida, determinando a sua percepção pelo sujeito.

Dentre os fatores que parecem interferir na percepção dos níveis de qualidade de vida de um indivíduo, o estresse, pela sua complexidade, parece ser um dos elementos com maior potencial para comprometer a qualidade de vida do homem contemporâneo.

### **3.3 Aspectos conceituais sobre estresse e estresse laboral**

*"[...] as mudanças no estilo de vida das pessoas estão deixando-as debilitadas e, com isso, vulneráveis ao stress, que tem assumido o status de doença." (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010)*

A palavra estresse é um aportuguesamento da palavra inglesa *stress*, termo utilizado inicialmente na física para se referir ao grau de desgaste sofrido por um material quando é submetido a grandes níveis de tensão ou pressão. Posteriormente, o termo adentrou o campo das ciências biológicas graças, sobretudo, às teorizações do médico endocrinologista Hans Hugo Bruno Selye (1907-1982), tornando-se sinônimo de esforço adaptativo de um organismo mediante situações ameaçadoras a sua vida, integridade ou homeostase.

Componente regular da vida moderna, pode-se afirmar que a sociedade contemporânea caracteriza-se por uma “epidemia” de estresse, pelo menos no discurso das pessoas, na qual os indivíduos o vivenciam como um fato cotidiano em suas vidas e que não pode ser evitado (TOWNSEND, 2002). Devido a esse caráter inevitável e constante o termo popularizou-se e integrou-se ao vocabulário cotidiano.

Essa terminologia está consolidada na literatura científica e sua disseminação extrapola o campo das ciências, agregando-se ao discurso popular. Produz divergências semânticas e polissêmicas, fazendo com que o termo adquira diferentes sentidos e significados (COOPER, DEWE, O'DRISCOLL, 2001; FILGUEIRA, HIPPERT, 2002). A apropriação de nomenclaturas de conceitos científicos pela comunidade geral não está no escopo de críticas, ao menos não neste estudo. Acredita-se que a disseminação do conhecimento fora dos círculos acadêmicos seja fundamental para o avanço e democratização da ciência.

Ressalta-se, sobre esse assunto, a necessidade de cuidados ao se trabalhar com esse conceito, para que não seja utilizado ou interpretado de maneira minimalista. Como ressaltam Filgueira e Hippert (2002, p. 112), "o uso tão difundido faz com que o conceito seja empregado muitas vezes no sentido do senso comum" como sinônimo de cansaço, dificuldades, frustrações etc., promulgando confusão a respeito de seu verdadeiro significado.

O estresse é fruto de experiências positivas e negativas, sendo imprescindível para o ajustamento do indivíduo ao ambiente, inclusive social. Ressalta-se, como cita Townsend (2002), que pequenas doses de estresse são salutares e nos preparam para enfrentar situações que poderiam ser fonte de tensão e sofrimento orgânico (físico ou psíquico), tornando-se preocupante apenas quando assume caráter prevalente, incessante e crônico.

A teoria do estresse, dentro de suas múltiplas vertentes, assenta-se na premissa básica de que este ocorre em situações nas quais os níveis de demandas, sejam elas físicas ou psicológicas, excedem as capacidades do indivíduo em lidar com esses estímulos.

Existem na literatura inúmeras definições e conceituações envolvendo o construto estresse. Para este estudo, optou-se por trabalhar com o conceito proposto por Lipp (2003, p.18), por entender que a autora apresenta uma definição abrangente e que engloba toda a complexidade que caracteriza este fenômeno, abarcando os aspectos fisiológicos, psicológicos e comportamentais envolvidos. Para Lipp estresse se constitui em "uma reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer frente a algo que ameace sua homeostase interna" e "pode ocorrer quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, a amedronte, excite ou mesmo que a faça imensamente feliz".



A definição de Lipp (2003) abrange componentes psicossociológicos que, nas primeiras tentativas de conceituação do construto, eram negligenciados. Nas teorizações de Hans Selye, expoente e pioneiro dos estudos sobre estresse, valorizava-se apenas a dimensão biológica atrelada ao fenômeno (OLIVEIRA, 2006; CARVALHO, 2007).

Selye<sup>6</sup>, em 1956, propôs um modelo trifásico para representar a gênese e desenvolvimento do estresse, no qual descreveu uma reação adaptativa, única e geral do corpo humano frente à influência de diferentes estressores externos, a qual denominou de “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA) (OLIVEIRA, 2006; CARVALHO, 2007). Essa síndrome seria consequência da tentativa do organismo em buscar equilíbrio (homeostase), o qual fora perdido na incessante luta contra as ameaças (potenciais ou reais) do ambiente, envolvendo reações orgânicas que acarretavam alterações no funcionamento fisiológico das glândulas suprarrenais, componentes do sistema linfático, estômago e duodeno.

Segundo Selye, citado por Lipp (2003), a SGA consiste em três estágios distintos: estágio de alarme, estágio de resistência e estágio de exaustão e que ocorrem concomitantemente com respostas fisiológicas específicas frente a determinados agentes estressores. Lipp (2003) reformulou o modelo original proposto por Selye e agregou mais uma fase para explicar o desenvolvimento e efeitos do estresse em um organismo. A autora propôs um modelo quadrifásico no qual acrescia a fase de quase-exaustão, para explicar seus pressupostos.

O primeiro estágio (fase de alarme) compreende uma reação emergencial que prepara o organismo para enfrentar ou escapar do estímulo estressor e manter sua homeostase. Neste estágio as respostas fisiológicas visam impulsionar capacidades físicas enquanto reduzem as atividades que tornam o organismo vulnerável a infecções. É no estágio de alerta que o corpo poderia estar exposto a agentes infecciosos ou processos patológicos, pois se trata da fase na qual o sistema imunológico inicia os processos de defesa orgânicos. Ainda nesta fase, um aumento da atividade simpática resulta na secreção de catecolaminas que preparam fisiologicamente o corpo para a ação, ocasionando aumento da pressão arterial e da atividade cardíaca, contração do baço e redirecionamento do fluxo sanguíneo para o cérebro e músculos esqueléticos (COOPER; DEWE; O'DRISCOLL, 2001).

Quando o agente estressor não é eliminado, o organismo se prepara para entrar em fase de resistência, quando o sistema imunológico se prepara para um “ataque” mais longo e

---

<sup>6</sup> SELYE, H. **The stress of life**. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1956.

duradouro. Silva e Martinez (2005) destacam que, quando este processo está se instalando, o ser humano passa a utilizar, automaticamente, seus potenciais de adaptação para manter a homeostase interna.

Caso o indivíduo consiga se reequilibrar internamente, os sinais decorrentes das alterações bioquímicas desaparecem e advém a sensação de que houve restabelecimento.

Entretanto, a resistência não continua indeterminadamente. Quando o contato com o agente estressor é prolongado, a fase de alarme é provocada continuamente ou frequentemente e o organismo não possui estratégias adequadas ou energia adaptativa suficiente para lidar com o estresse gerado desencadeiam-se as fases de quase-exaustão ou exaustão, nas quais vários sistemas e funções orgânicas começam a falhar (GHERARDI-DONATO; VILLAR LUIS; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Na fase de quase-exaustão, proposta por Lipp (2003), o organismo está enfraquecendo e não consegue mais mobilizar forças para se adaptar ou resistir ao agente estressogênico. Nessa etapa do desenvolvimento do estresse algumas doenças começam a se manifestar, mas não tão graves e intensas quanto as da fase seguinte.

Na fase de exaustão, o organismo se apresenta enfraquecido e extenuado pelo alto consumo de energia e pelo excesso de atividades realizadas para o enfrentamento do estressor. O esgotamento físico e psíquico se instala e, em alguns casos, a morte pode acontecer. As doenças que se manifestaram na fase de quase-exaustão intensificam sua gravidade; ou, se não se manifestaram na fase anterior, podem surgir neste momento (SILVA; MARTINEZ, 2005).

Achados em estudos posteriores complementaram os resultados de Selye, definindo o papel do componente psicológico na gênese do estresse. Estas pesquisas descobriram que um mesmo agente estressor externo pode gerar níveis distintos de estresse em diferentes indivíduos que o vivenciam, variando de acordo como cada um interpreta esses eventos (CARVALHO, 2007).

As situações estressogênicas evocam uma série de respostas que podem ser classificadas como o estresse propriamente dito e o *coping*. O *coping* consiste em estratégias elaboradas por um organismo para lidar efetivamente com elementos estressores e ocorre mediante a mobilização de recursos naturais visando o manejo do estressor (LAZARUS;

FOLKMAN, 1984<sup>7</sup>, citados por GHERARDI-DONATO; VILLAR LUIS; CORRADI-WEBSTER, 2011).

São estratégias cognitivas comportamentais para lidar com as demandas excessivas do meio que circunda o indivíduo, com as quais ele não consegue lidar satisfatoriamente naquele momento.

O estresse propriamente dito corresponde às respostas involuntárias do organismo quando diante de um estressor, enquanto que o *coping*, por mais que seja evocado pelo mesmo estímulo estressor, caracteriza-se por ser mantido pelas consequências (efeito) que este estímulo causa ao organismo (GHERARDI-DONATO; VILLAR LUIS; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Carvalho (2007) ressalta que o estresse, isoladamente, não deve ser considerado como agente causal de doenças, mas não se pode ignorar que o fenômeno possui alto potencial para contribuir no seu aparecimento. Conclui que é importante compreender sua dinâmica para melhor manejá-lo e não sofrer com seus efeitos sobre a saúde e qualidade de vida humana.

O estresse excessivo quando ocorre no ambiente laboral se constitui em uma experiência deletéria, desagradável e negativa para o trabalhador. Exacerba-se sentimentos como a hostilidade, tensão, ansiedade, frustração e depressão que são desencadeados por diversos estressores localizados no ambiente laboral que incluem desde as características subjetivas de cada indivíduo, incorporando as características das relações sociais desenvolvidas e, também, as condições e a organização do trabalho executado. Todas as pessoas são suscetíveis a algum nível de estresse ao longo de suas vidas, sendo a frequência e a intensidade definidas pelo estilo de vida e características pessoais de cada uma.

Múltiplas correntes teóricas tentam compreender a manifestação do estresse e seus impactos na vida humana e uma destas vertentes originou o *Modelo Demanda-Control* de Robert Karasek que será foco deste trabalho. Nessa perspectiva teórica, a configuração e a interação de alguns elementos psicossociais do ambiente laboral podem suscitar experiências laborais com maior ou menor propensão ao estresse e repercutir negativamente na saúde e qualidade de vida do trabalhador, haja vista que ambos são fenômenos fortemente interdependentes.

---

<sup>7</sup>LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. Nova Iorque: Springer, 1984

### 3.4 Aspectos de confluência - qualidade de vida e estresse

Qualidade de vida e estresse são conceitos que fortemente se incorporaram no vocabulário do homem contemporâneo. São conceitos multidimensionais e perpassados pela subjetividade, gerados e vivenciados a partir da relação individual, cotidiana e dialética do ser humano. Nem um, nem o outro são fenômenos recentes, ao contrário estão presentes na vida humana desde os primórdios.

Todavia, é no cenário atual, relacionado diretamente ao estilo e modo de vida contemporâneo, que o estresse se tornou uma fonte de preocupação constante e reconhecidamente um dos fatores de riscos mais sérios à saúde.

O estresse é uma situação psicofisiológica distinta, complexa e que impacta diretamente nas dimensões física, psicológica e social. Este fenômeno, de acordo com seu modo e intensidade de manifestação, interfere em menor ou maior grau em algumas facetas que integram a qualidade de vida (AL-QUTOP; HARRIM, 2011).

Qualquer evento estressogênico possui potencial para interferir nos níveis de qualidade de vida de um indivíduo. A literatura atual ressalta o impacto que estressores específicos do ambiente laboral possuem na qualidade de vida geral do trabalhador, como evidenciam Al-Qutop e Harrim (2011). De acordo com esses autores, trabalhadores que apresentam altos níveis de estresse apresentam, também, importantes prejuízos nos domínios físico, psicológico, espiritual, emocional e social de suas vidas.

No domínio psicológico de qualidade de vida, o estresse impacta com seu potencial de gerar sentimentos negativos tais como desesperança, menos-valia, insatisfação pessoal, depressão e infelicidade. Para Ng e colaboradores (2008) comprometimentos na qualidade de vida surgem quando os indivíduos experimentam níveis de estresse atípicos e exacerbados, manifestados sobretudo na esfera psíquica como infelicidade e insatisfação com o sentido e significado atribuído à sua existência.

No componente físico da qualidade de vida o prejuízo gerado pelo estresse se manifesta na forma de doenças e/ou sinais e sintomas patológicos. A cronificação do estresse está fortemente associada com doenças cardiovasculares, distúrbios do sono, diabetes, carcinomatoses, entre várias outras doenças (NG et al.; 2008).

Diante desta natureza de múltiplas faceta e determinações que existe na relação entre qualidade de vida e estresse descrever todos os pontos de confluência entre os dois fenômenos é uma tarefa árdua, se não praticamente impossível (AL-QUTOP; HARRIM, 2011).

### 3.5 Aspectos psicossociais do trabalho

*“Los factores psicosociales han cobrado especial importancia por cuanto los estudios acerca del estrés y sus secuelas han mostrado el crecimiento de afecciones de salud en la población y com mayor énfasis en la trabajadora, en que la exposición a condiciones de laborales deteriorantes alcanza cifras que pueden catalogarse como un problema emergente de la salud publica.”*<sup>8</sup>(VILLALOBOS; GLORIA, 2004, p. 197)

A conjectura das disciplinas que se ocupavam do estudo da segurança e saúde do trabalhador centrou-se por um longo período na avaliação de fatores de risco tradicionais, tais como, fatores físicos, químicos e biológicos e ignorou a relação com fatores de ordem psicossocial (JUÁREZ-GARCÍA, 2007). A prolongação deste paradigma começa a ruir a partir de meados da década de 1980 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) passam a ressaltar a importância dos fatores psicossociais do trabalho e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador.

Os aspectos psicossociais do trabalho se referem a uma série de condições psicológicas e sociais que os indivíduos vivenciam em seus ambientes laborais e que têm se tornado componentes regulares nos estudos sobre estresse e saúde ocupacional, principalmente pelo potencial patogênico destes à saúde dos trabalhadores (VILLALOBOS; GLORIA, 2004). Compreendem uma série de determinantes de natureza psicossociológica que mantêm estreita relação com características específicas do trabalho como o seu modo de organização e estruturação, além de considerar a dinâmica das relações interpessoais existentes nestes ambientes.

Possuem uma relação dicotômica em relação à saúde do trabalhador, pois enquanto existem aspectos psicossociais do trabalho que, dependendo das circunstâncias que ocorrem,

---

<sup>8</sup> “Fatores psicossociais tornaram-se especialmente importantes, pois os estudos sobre estresse e suas consequências têm mostrado o crescimento de problemas de saúde na população, com maior ênfase na população de trabalhadores, na qual a exposição a condições laborais deteriorantes alcança valores que podem ser classificados como um problema emergente de saúde pública” (tradução nossa).

são benéficos e agem salutogenicamente<sup>9</sup> protegendo a saúde do trabalhador. Outros, exercem significativo papel na manifestação de doenças físicas ou psíquicas (CASSEL, 1976).

Os aspectos psicossociais deletérios que se encontram no meio ambiente laboral são numerosos e de diferente natureza, interagem entre si e repercutem sobre o clima psicossocial da instituição e principalmente sobre a saúde física e mental dos trabalhadores.

Existem quatro grandes grupos de aspectos psicossociais do trabalho que são facilmente encontrados na maioria dos postos de trabalho. São potencialmente nocivos para a saúde do trabalhador e consistem em demandas psicológicas excessivas, ausência ou baixo controle sobre o conteúdo do trabalho, condições de trabalho e possibilidades de desenvolvimento, ausência ou baixo apoio social e parcas compensações do trabalho.

Diversas e distintas teorias têm sido desenvolvidas para predizer os efeitos negativos dos aspectos psicossociais do trabalho sobre a saúde do trabalhador (NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010). O enfoque frequentemente utilizado para tratar as relações existentes entre o meio psicológico e social do trabalho e a saúde do trabalhador tem sido a discussão a partir do conceito de estresse. Estudos transversais deduzem que existe uma associação entre a manifestação de sintomas de estresse e a vivência de aspectos psicossociais do trabalho negativos, todavia, nem sempre estão claro quais são os aspectos psicossociais do trabalho que condicionam níveis de estresse mais intensos e clinicamente significativos (NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010).

Diante destas relações incongruentes, esses autores mencionam que a principal preocupação dos estudos a respeito dos aspectos psicossociais do trabalho deve ser compreender quais características psicossociais podem ser consideradas importantes influências na determinação da saúde física, bem-estar psicológico e social e na qualidade de vida dos trabalhadores.

### **3.5.1 Controle sobre o trabalho**

O conceito de controle, na perspectiva psicossocial, foi primeiramente desenvolvido por psicólogos e fortemente marcado pela capacidade de influenciar os eventos de vida de um

---

<sup>9</sup> Derivação do termo "salutogênese" proposto por Aaron Antonovsky na obra *Health, Stress, and Coping*. 1ª edição. São Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979. Simplificadamente o termo salutogênese designa fatores que determinam a saúde e o bem-estar de um indivíduo ou uma coletividade, contrapõe-se ao vocábulo patogênese (BECKER; GLASCOFF; FELTS, 2010).

indivíduo, bem como impactar na autoestima e na gênese de sentimentos de depressão (MUNTANER, O'CAMPO, 1993; ARAÚJO et al, 2003; CAMELO, ANGERAMI, 2008).

Na perspectiva psicossocial, o controle raramente foi explorado como elemento descritor do ambiente de trabalho ou como fator relevante à percepção de autonomia que o indivíduo constrói de si e de sua vida. Dos primeiros usos do conceito, até os dias atuais, muitas mudanças foram incorporadas, especialmente aquelas que direcionam as discussões aos ambientes laborais, ao interior dos processos produtivos, enfatizando sua relevância (MUNTANER, O'CAMPO, 1993; ARAÚJO et al, 2003; CAMELO, ANGERAMI, 2008).

Em relação aos impactos do controle sobre a saúde do trabalhador os aspectos avaliados, ao longo das últimas décadas, são múltiplos e estruturados a partir dos desdobramentos de diferentes concepções e correntes de pensamento (ARAÚJO et al, 2003; CAMELO, ANGERAMI, 2008). Karasek (1979) foi pioneiro nos estudos que avaliavam a dimensão controle como componente psicossocial do trabalho e seus efeitos para a saúde do trabalhador e para o processo produtivo. Os modelos existentes até este período eram limitados dentro de sua característica unidimensional, pois previam a ocorrência de estresse laboral considerando apenas a perspectiva relacional entre demandas de trabalho e capacidades do indivíduo, negligenciando sistematicamente o papel determinante do controle na instalação e desenvolvimento do estresse (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Para Karasek (1979) e Karasek e Theorell (1990) a dimensão controle é o aspecto psicossocial central do MDC e é conceituado pela soma de dois componentes interdependentes cruciais, o discernimento intelectual do trabalhador e a autoridade de decisão.

O componente “autoridade de decisão” engloba a autonomia e o poder que o trabalhador possui sobre os processos de trabalho, referindo-se às oportunidades de tomada de decisões independentes e das possibilidades de optar sobre o que acontece em seu ambiente de trabalho (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990; BRUIN, TAYLOR, 2006).

Epistemologicamente pode-se tentar compreender a essência do componente “discernimento intelectual” a partir da dialética marxista entre trabalho e seu potencial transformador. Conforme refere Leplat (1980)<sup>10</sup>, citado por Braga, Carvalho e Binder (2010),

---

<sup>10</sup>LEPLAT, J. Développement et dégradation des habilités dans le travail. In: Société Française de Psychologie. **Psychologie du travail. Équilibre ou fatigue par le travail?** Paris: Entreprise Moderne d'Édition; 1980. p. 55-63.

durante o processo laboral, enquanto o homem modifica a natureza, espontânea e concomitantemente modifica a si próprio, à medida que suas potencialidades latentes são estimuladas ou desenvolvidas. São situações que permitem ao trabalhador o desenvolvimento de suas habilidades, seja no aperfeiçoamento daquelas que possui ou na aquisição de novas, que compõe o cerne da dimensão "discernimento intelectual" (BRUIN; TAYLOR, 2006).

O controle sobre o trabalho é um aspecto psicossocial importante a ser considerado quando se avalia a relação entre trabalho e saúde do trabalhador (ARAUJO et al., 2003). Um indivíduo com controle sobre sua atividade laboral pode escolher a forma de lidar com um agente estressor. Pode, inclusive, expandir seu repertório de estratégias de enfrentamento, assimilando novas respostas comportamentais de acordo com distintos cenários estressogênicos (KARASEK; THEORELL, 1990).

Karasek e Theorell (1990) ressaltam que quando o nível de controle é baixo, os níveis de estresse acumulados ao longo de um dado período de tempo diminuem as capacidades de aprendizado e assimilação de novas estratégias de *coping*. Consequentemente podem levar o trabalhador à exaustão física e emocional, bem como ao desamparo e ao absenteísmo.

Yeung (2004) ressalta o pressuposto da teoria de Karasek (1979) de que o adequado controle do trabalho é um importante meio de proteção dos trabalhadores contra os efeitos insalubres dos trabalhos contemporâneos e é um modo importante para a conquista do bem-estar, saúde física e resultados no ambiente laboral. Ajuda a aumentar os níveis de satisfação no trabalho e propicia oportunidades de se envolver em tarefas desafiadoras incrementando o repertório de habilidades do trabalhador (KAIN, 2010).

### **3.5.2 Suporte social**

O suporte social (algumas vezes denominado de apoio social) se refere, de acordo com Antunes e Fontaine (2005), ao suporte emocional oferecido por pessoas próximas ao indivíduo (família e/ou amigos), manifestado na forma de afeto, companhia, assistência e encorajamento. Permitem que o indivíduo se sinta estimado e valorizado em vários aspectos de sua vida, principalmente em situações estressogênicas. Na perspectiva laboral, Karasek e Theorell (1990) defendem que suporte social se refere aos níveis globais de interação social, útil e cooperante disponíveis no ambiente de trabalho, englobando as relações entre pares e superiores hierárquicos na organização.



É importante destacar que para autores como Gazzaniga e Heatherton (2005), o nível de apoio social recebido por um indivíduo é um dos fatores mais importantes para as pessoas lidarem efetivamente contra os efeitos danosos do estresse.

Os mecanismos pelos quais as relações sociais no ambiente laboral afetam a saúde, bem-estar e qualidade de vida são diversos. Podem agir como mecanismos atenuantes dos efeitos deletérios dos estressores psicossociais do trabalho, potencializadores do desenvolvimento de novas habilidades e estimuladores da aquisição/aperfeiçoamento de estratégias de *coping* (KARASEK; THEORELL, 1990)

Cohen e Wills (1985) por meio de sua “hipótese protetora” (*buffering hypothesis*) explicam os motivos pelos quais pessoas com alto suporte social experimentam menos estresse global. Para esses autores, não possuir uma rede de contatos faz com que, principalmente no ambiente laboral, um nível maior de demandas recaia sobre esse indivíduo, aumentando a probabilidade de se sentir mais estressado ou sobrecarregado, ou seja, o simples contato com outras pessoas diminui os efeitos negativos do estresse.

Nesta perspectiva, altos níveis de suporte social podem ser associados diretamente com melhores níveis de saúde física e psicológica, uma vez que proporcionam ao indivíduo uma melhor adaptação aos efeitos deletérios de eventos estressantes, reduzindo as consequências negativas sobre o organismo e propiciando bem-estar, predisposição à saúde e melhores indicadores de qualidade de vida (FONSECA; MOURA, 2008).

O suporte social percebido no ambiente de trabalho tem forte influência na vida e na qualidade de vida de um indivíduo, principalmente porque é no ambiente laboral que considerável parte do tempo e da vida dos trabalhadores é passada<sup>11</sup> (FONSECA; MOURA, 2008).

Vários estudos com distintas categorias profissionais evidenciaram que não perceber-se apoiado no ambiente laboral torna o trabalhador mais propenso a distúrbios cardiovasculares, ao estresse, à exaustão física e emocional (KARASEK, THEORELL, 1990; FONSECA, MOURA, 2008).

---

<sup>11</sup>A teoria e o método propostos por Robert Karasek reconhecem o grande impacto que o suporte social relacionado ao ambiente de trabalho possui no bem-estar do trabalhador, mas ressaltam que as interações sociais estabelecidas com a família e amigos são, na maioria das vezes, determinantes mais importantes para a saúde física e psicossocial dos trabalhadores (KARASEK; THEORELL, 1990). Esses autores reconhecem que não abordar o papel do suporte social familiar e de amigos na saúde do trabalhador é uma limitação do MDC, como pode ser visto em Karasek e Theorell (1990, p. 76): “*Most important, of course, are social interactions with family and friends, which are beyond the scope of this book.*”

### **3.5.3 Demandas psicológicas no ambiente laboral**

Segundo Karasek e Theorell (1990) as demandas constituem pressões de ordem psicológica as quais os trabalhadores estão submetidos no ambiente de trabalho e podem se originar da quantidade de trabalho a ser executado em um determinado tempo ou do desacerto entre as capacidades do trabalhador e o ofício a se executar.

Entre os aspectos psicossociais do trabalho com potencial para gerar estresse, as demandas psicológicas e emocionais ocupam papel de destaque. O estresse pode surgir em diferentes circunstâncias, mas é particularmente forte quando a habilidade de uma pessoa para controlar as exigências ou demandas do trabalho está ameaçada. A avaliação, o estudo do impacto e as relações que as demandas estabelecem nas respostas de estresse têm sido amplamente utilizadas nas investigações de estresse ocupacional (ARAUJO et al., 2003).

Vale ressaltar que nem toda a situação de exigência é prejudicial ao indivíduo. No cenário laboral, por exemplo, quando as demandas excedem as habilidades e conhecimentos do trabalhador, abre-se uma janela de oportunidade para mobilização de forças e energia adaptativa. O trabalhador sob exigência pode alcançar um estado de equilíbrio interno e, assim, situações de aprendizado e desenvolvimento podem emergir (KARASEK, 1979; KARASEK, THEORELL, 1990).

Em decorrência das importantes mudanças na organização e nos processos de trabalho ocorridas nas últimas décadas, a constituição das demandas dos ambientes de trabalho também mudou consideravelmente (DE JONGE et al., 2010). Até a primeira metade do século XX, como lembram Karasek e Theorell (1990), as demandas físicas eram as principais responsáveis pelos efeitos danosos que o ambiente laboral exercia sobre a saúde do trabalhador e eram manifestadas, principalmente, sob a forma de jornadas de trabalho excessivas, fragmentação de tarefas e intensa cobrança por produtividade.

Com o advento da sofisticação tecnológica, crescimento do setor de prestação de serviços e maior valorização dos direitos humanos, fenômenos visíveis, sobretudo nas economias desenvolvidas ou em processo de desenvolvimento, as demandas físicas foram aos poucos

sendo substituídas por exigências de outra ordem, destacando-se as demandas psíquicas e emocionais<sup>12</sup>, (KARASEK, THEORELL, 1990; DE JONGE et al, 2010).

Deve-se ressaltar que as demandas físicas não desapareceram no cenário contemporâneo. Ainda existem profissões em que esse tipo de demanda ainda é predominante, mas com os avanços tecnológicos muitas dos ofícios com grandes cargas de trabalho braçal, que afetavam fisicamente a saúde do trabalhador, foram modificados ou extintos.

---

<sup>12</sup> Demandas psíquicas ou mentais envolvem processamento de informação e afetam componentes como a memória e a capacidade para o planejamento. Enquanto que demandas emocionais envolvem aspectos das relações interpessoais como, por exemplo, o afeto e a preocupação pelos colegas de trabalho (DE JONGE et al., (2010). Ambas modalidades de demandas compõem o quesito “demandas psicológicas” avaliada pelo MDC.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa apoiada na abordagem quantitativa, de natureza descritiva, utilizando o delineamento de levantamento ou *survey*, dentro de um recorte transversal.

Yin (2001) afirma que a primeira e mais importante condição para se distinguir entre as distintas estratégias de pesquisar é delimitar o tipo de problema que se pretende estudar. Neste contexto, para atender aos objetivos propostos dentro de nossa problemática, julgou-se mais adequado optar pelo delineamento quantitativo *survey*, principalmente por suas características básicas, como propõe Babbie (1999): gerar medidas precisas e confiáveis que permitam análise estatística profunda e significativa, além de conseguir mensurar opiniões, atitudes, preferências, sentimentos e comportamentos de um determinado grupo de indivíduos.

Essas características permitem que este delineamento produza um conhecimento descritivo da realidade sendo recomendado quando se tem um problema, sobre o qual se pretende descrever sua situação atual, destacando algum ponto específico de uma população, podendo ter uma visão do que foi testado e relacionar ao que foi experimentado ou sugerido.

Em relação ao recorte transversal, também denominado *cross-sectional*, Bastos e Duquia (2007) esclarecem que este é um dos recortes mais empregados nas pesquisas epidemiológicas nas últimas décadas. Relaciona-se ao modo como os dados da pesquisa são coletados em uma perspectiva temporal, sendo nos estudos de corte transversal os dados coletados em apenas um único momento, pretendendo-se analisar e descrever o estado das variáveis como se apresentam naquela ocasião (BASTOS; DUQUIA, 2007).

O recorte transversal é uma ferramenta bastante útil em estudos correlacionais. Segundo Bastos e Duquia (2007), o recorte transversal é indicado quando se deseja descrever características de uma população ou amostra, estimar a frequência com que determinado evento se manifesta em uma população específica e/ou se existe associação entre os fatores pesquisados naquele momento. Devido essas características peculiares constitui um recurso de grande valia para identificar grupos de risco e orientar ações para o planejamento de estratégias de prevenção e promoção.

## 4.2 Local e população do estudo

A pesquisa foi realizada no maior hospital de pronto-socorro do estado de Rondônia, que atende todos os municípios desta unidade federativa e também a pessoas oriundas de outras localidades, como do sul do Amazonas, norte do Mato Grosso e até mesmo da Bolívia.

Está localizado na zona sul da área urbana do município de Porto Velho (RO), denominado "Hospital Estadual de Pronto-Socorro João Paulo II".

Trata-se de uma instituição sob administração direta da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU), de caráter exclusivamente público e que oferece atendimentos ininterruptos com foco para situações de urgência e emergência (CNES, 2010). É um hospital de médio porte com 137 leitos cadastrados nos sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo 32 leitos de cirurgia geral, 95 de clínica geral e 10 de terapia intensiva (CNES, 2010). Com atendimento de demanda espontânea e referenciada, oferece assistência para a população de todo o estado de Rondônia, sendo a única porta de entrada em todo o sistema estadual para os serviços de traumatologia e a principal para casos clínicos e cirúrgicos em geral (CNES, 2010).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>13</sup>, a instituição pesquisada conta atualmente com mais de 570 servidores com vínculo empregatício direto à administração estadual, além de outras dezenas de funcionários de instituições terceirizadas (CNES, 2010). Classificando esses trabalhadores por categorias profissionais, têm-se 92 profissionais cadastrados como auxiliares de enfermagem, 170 como técnicos de enfermagem, 44 enfermeiros, 216 médicos (diversas especialidades), oito fisioterapeutas, nove psicólogos, sete assistentes sociais, oito nutricionistas e os demais colaboradores cadastrados em funções administrativas (CNES, 2010).

Um dos objetivos do CNES é fornecer uma base de informações atualizada sobre os serviços de saúde brasileiros. Entretanto, ao consultar o banco de dados se encontrou

---

<sup>13</sup> O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é a base de dados utilizada para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde do Ministério da Saúde (MS). Visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura e funcionamento de todos os estabelecimentos de saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal e atua como ferramenta de conhecimento da realidade da rede assistencial existente permitindo aos gestores planejarem suas ações de acordo com as potencialidades desta rede (CNES, 2010).

informações discordantes e subestimadas a respeito do número de profissionais atuantes na instituição pesquisada. Diante desta constatação, utilizou-se para determinar e localizar os potenciais sujeitos participantes desta pesquisa a escala de serviço do mês de junho de 2011 (período que se coletou dados) e que se encontrava disponível nos setores assistenciais da instituição. De acordo com a referida escala constavam em pleno exercício de atividades assistenciais no período de estudo 279 técnicos de enfermagem, 53 enfermeiros, 42 médicos, 10 fisioterapeutas, quatro nutricionistas, cinco psicólogos e cinco assistentes sociais.

Para composição da amostra do estudo optou-se por abordar todos os potenciais sujeitos participantes (ver critérios de inclusão e exclusão) e incluir todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa, responderam os questionários e os devolveram no período de coleta de dados. Dessa forma, o estudo apresentou amostra não probabilística intencional definida somente pela disponibilidade e aceitação do profissional em participar da pesquisa.

Foram considerados potenciais sujeitos deste estudo todos os profissionais lotados na instituição pesquisada, que exerciam atividades assistenciais durante o período de coleta de dados e que concordaram livremente em participar da pesquisa, mediante leitura, ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

Como critérios de exclusão, adotaram-se os seguintes parâmetros:

- Técnicos-administrativos e profissionais assistenciais exercendo funções administrativas na época da coleta de dados;
- profissionais ausentes na época da coleta de dados em função de férias, licenças, atestados, faltas, entre outros;
- profissionais que não concordaram em participar da pesquisa.

### **4.3 Aspectos éticos**

No Brasil os aspectos relacionados a atividades de pesquisas que envolvam seres humanos estão regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa com Seres Humanos, por meio da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Neste tipo de pesquisa, princípios como o de beneficência e respeito à pessoa devem ser garantidos (BRASIL, 1996). A adequação metodológica do projeto, a proteção da vulnerabilidade mediante a ponderação de

riscos-benefícios, o esclarecimento dos sujeitos e a avaliação prévia por um comitê de ética em pesquisas também devem ser respeitados.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde toda pesquisa que exige o envolvimento de seres humanos envolve riscos potenciais (BRASIL, 1996). Em relação a este estudo entende-se que, pela natureza do tema e dos conteúdos abordados nos instrumentos de coleta de dados, riscos físicos e educacionais inexistem e os riscos de ordem psicológica ou social são mínimos, podendo ocorrer algum desconforto em responder alguma questão sobre aspectos de sua vida cotidiana ou laboral. Todavia, tais questões foram explicitadas no TCLE e o sujeito de pesquisa foi previamente orientado a não responder qualquer questionamento que lhe gerasse quaisquer tipos de desconforto.

Ainda, neste aspecto, os pesquisadores comprometeram-se a suspender imediatamente a pesquisa ao perceber algum risco ou dano, de qualquer ordem, à saúde do sujeito participante, que lhe fosse decorrente, mesmo que tais riscos não estivessem entre os previstos no TCLE ou no projeto de pesquisa.

Em relação aos benefícios, entende-se que os resultados deste trabalho podem beneficiar diretamente a população estudada, pois ao compreender a relação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a qualidade de vida, pode-se gerar discussões e pensares institucionais e, quiçá, venha sensibilizar gestores quanto à necessidade de novas práticas ou programas que envolvem a saúde do trabalhador, de forma a minimizar os impactos psicossociais negativos – e que se valorize os aspectos positivos.

Esta pesquisa observou todas as recomendações da Resolução 196/96 do CNS, mantendo todos os procedimentos necessários para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos. Cuidou-se de proteger a imagem dos participantes, garantindo a não utilização das informações que pudessem trazer prejuízo às pessoas envolvidas, sobretudo no que se refere à autoestima, prestígio econômico ou financeiro, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais e éticos do pesquisado.

A entrada em campo, para abordagem dos sujeitos e coleta de dados, ocorreu apenas após autorização escrita do responsável pela instituição onde operacionalizou o estudo e após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Rondônia em 10 de dezembro de 2010 (CAAE: 6563.0.000.047-10)

Ao pesquisado, que aceitou livremente em participar deste estudo, garantiu-se os esclarecimentos que se fizeram necessários durante o curso da pesquisa, bem como a liberdade de recusar a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Para participar da pesquisa o sujeito assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4.4 Procedimentos para coleta de dados**

Um aspecto importante que deve ser considerado, ao se trabalhar com o delineamento *survey* é quanto ao modo pelo qual o levantamento será conduzido (BREAKWELL et al., 2010). Este aspecto refere-se como o instrumento de sondagem será preenchido e ao grau de envolvimento do entrevistador na coleta de dados. Estes autores trazem duas principais distinções entre os métodos de preenchimento de instrumentos dentro desta perspectiva. Uma é a possibilidade de o instrumento ser auto-aplicável e preenchido independentemente pelo próprio entrevistado.

A outra possibilidade é o instrumento ser aplicado e preenchido pelo próprio entrevistador. Nestes casos, têm-se observado a associação positiva com maiores taxas de respostas, maior retorno de instrumentos preenchidos e maior qualidade dos dados respondidos.

Apoiando-se nas considerações de Breakwell e colaboradores (2010), elencadas acima, optou-se neste estudo pela abordagem direta dos sujeitos, com os instrumentos de coleta de dados sendo aplicados pelo pesquisador. Todavia, esse procedimento para a coleta de dados não foi regra e, na maioria das ocasiões, os sujeitos optaram por responder o instrumento privativamente em outro momento e outro local, pois assim sentiam-se mais confortáveis.

#### **4.5 Instrumentos de coleta de dados**

Para se alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa os sujeitos responderam três questionários auto-aplicáveis e independentes:

- Questionário de caracterização sócio-demográfica e laboral (Anexo 01);



- Instrumento para avaliação de qualidade de vida – WHOQOL-BREF (Anexo 02);
- Instrumento para avaliação de aspectos psicossociais de trabalho – *Job Stress Scale* (Anexo 03).

#### 4.5.1 WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF é a versão abreviada do instrumento genérico da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a qualidade de vida das pessoas. Elaborado em 1995, foi traduzido e validado para a língua portuguesa por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a liderança do pesquisador Marcelo Fleck (ROCHA, FLECK, 2009; FLECK, 2000).

O instrumento original da OMS, chamado de WHOQOL-100, conta com 100 questões e foi desenvolvido simultaneamente considerando várias culturas e múltiplos centros urbanos ao redor do mundo (FLECK et al., 2000; FLECK et al., 1999). Trata-se de um instrumento abrangente e que aborda o caráter multidimensional que a qualidade de vida assume na vida dos indivíduos.

A aplicação da versão integral do instrumento requer muito tempo em virtude do seu grande número de questões e mostrou-se pouco prático em alguns estudos. Em função disso surgiu a necessidade de instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para sua aplicação, mas que mantivessem características psicométricas satisfatórias, fazendo com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse essa versão abreviada (FLECK et al., 2000; FLECK et al., 1999).

A versão abreviada conta com 26 questões que abrangem as características multidimensional, subjetiva, transcultural e bipolar do conceito de qualidade de vida. Analisam, separadamente, quatro domínios da vida humana: físico, psicológico, social e ambiental. São duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Este instrumento resulta em um escore global que sintetiza todos esses aspectos e mensura o índice de qualidade de vida (FLECK, 2000).

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF
<p><b>Questões gerais</b></p> <p>Q1 – Auto-avaliação da qualidade de vida</p> <p>Q2 – Auto-avaliação do estado de saúde</p> <p><b>Domínio Físico</b></p> <p>Q3 – Dor e desconforto</p> <p>Q4 – Dependência de medicação ou de tratamentos</p> <p>Q10 - Energia e fadiga</p> <p>Q15 – Mobilidade</p> <p>Q16 – Sono e repouso</p> <p>Q17 – Atividades da vida cotidiana</p> <p>Q18 – Capacidade de trabalho</p> <p><b>Domínio Psicológico</b></p> <p>Q5 – Sentimentos positivos</p> <p>Q6 – Espiritualidade/religião/crenças pessoais</p> <p>Q7 – Pensar, aprender, memória e concentração</p> <p>Q11 – Imagem corporal e aparência</p> <p>Q19 – Autoestima</p> <p>Q26 – Sentimentos negativos</p> <p><b>Domínio Relações Sociais</b></p> <p>Q20 – Relações pessoais</p> <p>Q21 – Atividade sexual</p> <p>Q22 – Suporte (apoio) social</p> <p><b>Domínio Meio Ambiente</b></p> <p>Q8 – Segurança física e proteção</p> <p>Q9 – Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima</p> <p>Q12 – Recursos financeiros</p> <p>Q13 – Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</p> <p>Q14 – Participação em, oportunidades de recreação/lazer</p> <p>Q23 – Ambiente no lar</p> <p>Q24 – Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</p> <p>Q25 – Transporte</p>

Adaptado de WHO, 1996.

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-BREF levou em consideração dois aspectos tidos como básicos, o aspecto psicométrico e o conceitual. No

nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS que deveria ser mantido o carácter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100), com cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 sendo representada por uma questão (MORENO et al., 2006; FLECK et al., 1999).

Para a manutenção do aspecto psicométrico definiu-se que a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas deveria ser selecionada para compor a versão abreviada (MORENO et al., 2006; FLECK et al., 1999).

Em relação à abrangência do instrumento, no *domínio físico* aborda-se a presença de potenciais dores e desconfortos corporais, além de fadiga, aspectos do sono e repouso. No *domínio psicológico* avalia-se autoestima, imagem corporal e aparência, assim como sentimentos negativos e positivos, capacidade para aprender e se concentrar (FLECK, 2000; HERNANDEZ et al., 2007). No *domínio social* são analisadas as relações pessoais e a satisfação com a atividade sexual. Finalmente, no *domínio ambiental* é analisado o grau de satisfação do indivíduo em relação a seus recursos financeiros, sua segurança física, transportes e as oportunidades de lazer (FLECK et al., 2000; FLECK et al., 1999; HERNANDEZ et al., 2007).

As questões do WHOQOL-BREF foram formuladas para uma escala de respostas do tipo *Likert*, com uma escala para intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito / muito ruim – muito bom). Todas graduadas em cinco níveis que variam de um a cinco (FLECK et al., 2000; FLECK et al., 1999).

O instrumento não gera um escore total de qualidade de vida, pois está fundamentado na concepção de que este conceito deve ser analisado de forma multidimensional. Portanto, cada domínio é pontuado independentemente (ZANEI, 2006).

#### 4.5.2 Modelo Demanda-Controle e seus instrumentos de operacionalização

O Modelo Demanda-Controle (MDC) proposto por Robert Karasek (*Job Strain Model*, em sua denominação mais recente no inglês) é um modelo teórico bidimensional, baseado na abordagem simultânea de duas características psicossociais do trabalho: o controle e a demanda (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Tal modelo foi proposto no final da década de 1970, oriundo da vertente de estudos sobre estresse laboral e suas relações com os determinantes psicossociais do ambiente de trabalho. Os modelos existentes até este período foram considerados por Karasek como limitados dentro de sua característica unidimensional, pois previam a ocorrência de estresse laboral considerando apenas a perspectiva relacional entre demandas de trabalho e capacidades do indivíduo, negligenciando sistematicamente o papel determinante do controle na gênese do estresse (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Neste contexto, o MDC pretende relacionar o grau de controle (*decision latitude*) e as demandas psicológicas (*psychological demand*) gerados pela maneira como o trabalho é organizado em seu ambiente com a maneira com que ele repercute, psíquica e organicamente, na saúde dos trabalhadores (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

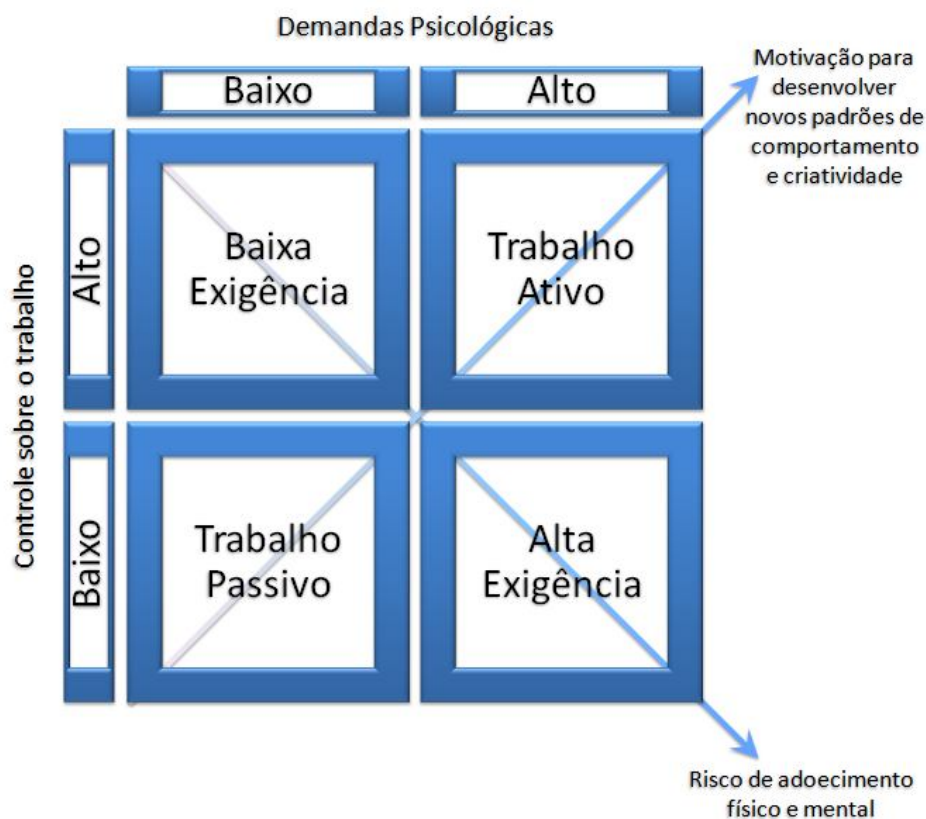
Entende-se como *demanda psicológica* situações laborais que exijam do trabalhador quesitos como concentração, tempo e ritmo para realização de tarefas (AGUIAR, FONSECA, VALENTE, 2010; ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003). Essas situações são denominadas cargas de trabalho e compreendem as exigências psicossociobiológicas do processo de trabalho e possuem alto potencial patogênico para a saúde do trabalhador.

O controle sobre o trabalho basicamente refere-se ao grau de autonomia que o trabalhador possui para lidar com as situações típicas ou atípicas que se manifestam no ambiente laboral e é compreendido dentro de dois componentes que consideram o uso de suas habilidades (discernimento intelectual): criatividade, aprender coisas novas, tarefas diferentes, desenvolver habilidades especiais. O segundo componente considera a autoridade do trabalhador para tomar decisões, opinar sobre o trabalho do grupo e influenciar na política gerencial.

As combinações possíveis entre os diferentes níveis interacionais de controle e demanda resultam em experiências ocupacionais distintas: “alta exigência do trabalho” (interação entre alta demanda psicológica e baixo controle); “trabalho ativo” (interação entre

alta demanda psicológica e alto controle; “trabalho passivo” (interação entre baixa demanda psicológica e baixo controle); e, “baixa exigência” (interação entre baixa demanda e alto controle) (figura 1) (AGUIAR, FONSECA, VALENTE, 2010; ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003).

Figura 1 - Quadrantes de interação entre as variáveis do Modelo Demanda-Controlle.



Adaptado de Karasek e Theorell (1990)

Essas quatro modalidades de interação caracterizam situações bem delineadas, específicas e distintas nos ambientes laborais, com extremos marcados pela potencialidade de adoecimento do trabalhador ou pela motivação deste em desenvolver e aplicar novos padrões comportamentais em seu ambiente de trabalho. As situações intermediárias podem conduzir à redução da capacidade produtiva do trabalhador com o declínio de sua atividade global ou à inércia motivacional em relação ao seu trabalho (AGUIAR, FONSECA, VALENTE, 2010; ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003).

As principais razões que consideram o trabalho de “alta exigência” como o potencialmente “mais patologizante” incluem altas demandas e baixo controle sobre a atividade laboral, incapacitando o indivíduo de concluir seu trabalho em um período de tempo especificado e executar o seu trabalho tão bem quanto gostaria (KARASEK, THEORELL, 1990; KAIN, 2010). Quando os trabalhadores vivenciam uma sobrecarga de trabalho (muitas tarefas em pouco tempo) e apresentam pouco controle sobre como executá-las, ao longo do tempo experimentam um elevado nível de excitação fisiológica e aumento da tensão sobre os sistemas nervoso e cardiovascular (KARASEK; THEORELL, 1990).

Se esse quadro se estende por um período muito longo e o indivíduo não consegue reduzir as demandas laborais, seu organismo inicia um processo de desgaste e perda da homeostase interna. Fisiologicamente isso se manifesta pela alteração dos níveis de adrenalina, noradrenalina, catecolaminas, cortisol no sangue, urina e saliva que culminam na elevação da pressão arterial e na manifestação de sintomas cardiovasculares (KARASEK; THEORELL, 1990).

Os trabalhadores que se enquadram no perfil de “trabalho ativo”, apesar de vivenciarem altas demandas, possuem maiores níveis de satisfação no trabalho e menores níveis de estresse uma vez que por possuírem controle sobre suas atividades percebem suas demandas como oportunidades de aumentar sua competência, auto-eficácia, crescimento pessoal e desenvolvimento ou aperfeiçoamento de suas habilidades (KARASEK; THEORELL, 1990).

Os trabalhadores em situação de “trabalho passivo” apresentam uma redução gradual na capacidade de resolução de problemas gerais que podem surgir em seu ambiente de trabalho. Vivenciam níveis mais altos de tédio e de insatisfação relacionados à repetição de tarefas e à diminuição da capacidade para desafios intelectuais decorrentes desta (KARASEK; THEORELL, 1990).

Sobre o trabalho de “baixa exigência” Karasek (1979) o considerou, em seu modelo interativo, como sendo aquele com menor potencial de efeitos danosos à saúde do trabalhador e, mesmo com altos níveis de controle, não demonstrava o potencial para o desenvolvimento de novas habilidades e crescimento pessoal como o perfil de “trabalho ativo”. Kain (2010) demonstra que resultados de pesquisas posteriores à teoria de Karasek contrariam essa hipótese inicial, demonstrando que trabalho de “baixa exigência” possibilita mais

oportunidades de aprendizado e auto-eficácia do que os trabalhos nos quais interagem altas demandas e alto controle. A principal justificativa para esse achado estaria no fato de que a ausência de altas demandas possibilitaria ao trabalhador concentrar suas energias físicas e psíquicas no desenvolvimento de novas competências sem as inconvenientes distrações inerentes aos trabalhos de alta demanda (KAIN, 2010).

O modelo demanda-controle de Karasek é operacionalizado por meio de um instrumento conhecido, em português, como Questionário do Conteúdo do Trabalho (*Job Content Questionnaire* - JCQ). Este instrumento é concebido como sendo aplicável a todos os tipos e ambientes de trabalho e sendo direcionado à avaliação da estrutura social e psicológica da situação de trabalho (SOBRINHO et al., 2006; ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003).

O formato atual do JCQ inclui 49 questões que abordam, além de conteúdos sobre demandas psicológicas e grau de controle do trabalho, temas como demandas físicas, insegurança no trabalho, nível de qualificação exigida para o exercício da função e, principalmente, suporte social (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A inclusão da variável suporte social no MDC foi proposta em 1988 no trabalho de Johnson e Hall<sup>14</sup> realizado com uma população de trabalhadores suecos. A partir deste estudo, Karasek e Theorell (1990) adaptaram seu modelo teórico-metodológico para incluir esta terceira dimensão psicossocial. Tal dimensão passou a apontar trabalhadores mais predispostos a altos níveis de estresse laboral e a sofrerem consequências por causa dessa situação.

O suporte social, como característica psicológica do trabalho no contexto do MDC, inclui componentes de natureza coletiva que são capazes de alterar as dimensões de ordem individuais da relação demanda-controle e saúde. Engloba o suporte oferecido pelas hierarquias superiores e o suporte oferecido pelos colegas de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

---

<sup>14</sup>JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, v. 78, p. 1336-42, 1988.

De modo similar ao que se passou com a versão integral do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, o Questionário do Conteúdo do Trabalho também precisou ser adaptado para um instrumento curto, prático e que demandasse pouco tempo para sua aplicação. Foi desenvolvido em 1988 pelo pesquisador sueco Töres Theorell (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

A versão modificada, denominada de *Job Stress Scale* (JSS), é constituída por 17 questões e reúne três dimensões básicas propostas pelo MDC: demanda psicológica, controle do trabalho e suporte social. Da totalidade de questões, cinco avaliam os níveis de demanda psicológica abordando aspectos quantitativos do trabalho como o tempo, a exigência e a velocidade na execução das tarefas e, também, o conflito entre as diferentes demandas do trabalho. Seis questões avaliam o grau de controle do trabalho por parte do trabalhador e seis avaliam o suporte social no trabalho, abordando as relações com colegas e chefias (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Quadro 2 – Questões do instrumento *Job Stress Scale* que avaliam os níveis de suporte social

- |  |
|--|
| <p>Questão 12. Existe um ambiente calmo e saudável onde trabalho.</p> <p>Questão 13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.</p> <p>Questão 14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.</p> <p>Questão 15. Se eu não estiver num bom dia meus colegas compreendem.</p> <p>Questão 16. No trabalho, eu me relaciono bem com os meus chefes.</p> <p>Questão 17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.</p> |
|--|

Adaptado de Alves e colaboradores (2004)

Todas as questões da *Job Stress Scale* são formatadas em um escala do tipo Likert de quatro pontos variando de "frequentemente" (4) a "nunca" (1) - para a escala que avalia as demandas psicológicas e controle do trabalhador, - e de "concordo totalmente" (4) a "discordo totalmente" (1) para a escala de apoio social (ALVES et al., 2004; ALVES et al., 2009).

Optou-se pela escolha da *Job Stress Scale*, por se tratar de uma escala reconhecida internacionalmente para a avaliação do estresse relacionado ao ambiente de trabalho. Também foi previamente adaptada e validada para a língua portuguesa, apresentando boa consistência interna para suas dimensões (Alfa de *Cronbach* entre 0,63 e 0,86) e boa estabilidade (teste-



reteste entre 0,82 e 0,91) (ALVES et al., 2004; SCHMIDT, 2009). Esse instrumento foi traduzido para o português e validado para uso no Brasil por Alves e colaboradores (2004).

#### **4.6 Tratamento e análise estatística dos dados**

Para análise estatística foram utilizados os elementos de estatística descritiva recomendados pelos autores dos respectivos instrumentos. Após a análise individual de cada instrumento, os resultados obtidos foram tratados de maneira correlacional.

Ressalta-se que o estudo correlacional examina a relação entre duas ou mais variáveis, no qual o foco do pesquisador não está em testar se uma variável causa a outra ou quão diferente uma é da outra, mas sim se variam conjuntamente. Ou seja: verifica se à medida que uma variável muda, também ocorre uma mudança relacionada à outra variável (POLIT, HUNGLER, 1995; COZBY, 2003; SCHMIDT, 2009).

Antes da escolha do teste correlacional a ser empregado, testou-se a hipótese de normalidade da distribuição das variáveis estudadas por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Este teste estatístico testa duas hipóteses básicas: a hipótese nula ( $H_0$ ) de que a variável analisada segue distribuição normal; e a hipótese alternativa ( $H_1$ ), de que a variável não segue distribuição normal. O reconhecimento da normalidade (ou não) da distribuição de um conjunto de dados é fundamental para a escolha do(s) teste(s) estatístico(s) adequado(s) a ser(em) empregado(s). Nesta situação, caso  $H_0$  seja confirmada, recomenda-se a utilização de testes paramétricos para a análise dos dados. Caso  $H_0$  seja rejeitada em detrimento de  $H_1$  recomenda-se a utilização de testes não-paramétricos.

Neste estudo, para a quase totalidade das variáveis estudadas, a hipótese nula foi rejeitada em detrimento à hipótese alternativa, ou seja, o conjunto de dados deste estudo não segue distribuição normal. As únicas exceções foram as variáveis "domínio ambiente" do componente qualidade de vida e "suporte social" avaliado pela JSS, que apresentaram distribuição normal, também denominada, gaussiana.

Diante da identificação dos conjuntos de dados com distribuição normal, ou não, utilizou-se para correlacionar as variáveis quantitativas contínuas avaliadas em escalas intervalares ou de razão (ver seção 4.8) o coeficiente de correlação de postos de *Spearman* ( $\rho$

de *Spearman*) para dados não-paramétricos e o coeficiente de correlação produto-momento (*r* de *Pearson*) para os dados paramétricos. Para se determinar a significância estatística dessas correlações foi utilizado o teste *t* de *Student*.

Um coeficiente de correlação é uma abordagem estatística que visa descrever a força e o sentido da relação entre duas variáveis, sendo que os valores adotados para descrever uma correlação podem variar de 0 a  $\pm 1$  (COZBY, 2003). Uma correlação descrita como 0 indica a ausência de relação linear entre as variáveis analisadas. Em contrapartida, quanto mais próximo de  $\pm 1$ , mais forte e linear é a relação entre as variáveis (COZBY, 2003).

Em relação à força da correlação, Cohen (1988)<sup>15</sup> citado por Figueiredo Filho e Silva Júnior (2009), considera valores entre 0,10 e 0,29 como pequenos, valores entre 0,30 e 0,49 como médios e valores acima de 0,50 como grandes. Outra classificação recorrentemente utilizada na literatura científica atual é a adotada pela *British Medical Journal* (BMJ), que considera valores entre 0 - 0,19 uma correlação ausente ou muito fraca; 0,20 a 0,39 como uma correlação fraca; 0,40 a 0,59 como moderada; 0,60 a 0,79 como correlação forte; e 0,80 a 1,00 como muito forte.

Sobre o sentido da correlação, quando esta assume valores negativos, diz-se que as variáveis possuem *correlação negativa*, ou seja, à medida que uma variável aumenta a outra decresce. Caso assumam valores positivos, diz-se que possuem *correlação positiva* e indica que à medida que uma variável aumenta a outra tende a aumentar concomitantemente (COZBY, 2003). Dessa forma, um dado importante a respeito do coeficiente de correlação é que, embora se possa encontrar valores iguais ou próximos a zero, não se pode negar uma possível relação entre variáveis. Com esses valores descarta-se a presença de uma correlação linear, mas ainda pode-se encontrar uma correlação curvilínea entre as variáveis estudadas; visualizável por meio de um gráfico de dispersão (COZBY, 2003; FIGUEIREDO FILHO, SILVA JÚNIOR, 2009).

Seguindo recomendações de Cozby (2003), além do cálculo dos coeficientes de correlação, gráficos de dispersão foram construídos para mostrar a hipótese de nulidade ( $H_0$ ) dos testes correlacionais, ou seja, de que não há correlação entre as variáveis estudadas. Todavia, gráficos de dispersão só foram apresentados neste estudo quando a tendência curvilínea foi evidenciada.

---

<sup>15</sup> COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum, 1988.

Ainda, para o tratamento das variáveis contínuas os testes de *Mann-Whitney* (para dois grupos) e *Kruskal-Wallis* (para mais de dois grupos) foram utilizados para verificar diferenças significativas entre os escores médios das variáveis do estudo.

Na análise das variáveis compostas por mais de dois grupos, após a aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* para verificar entre quais subgrupos as diferenças foram estatisticamente significativas.

Para o tratamento das variáveis nominais foi realizada análise bivariada por meio do teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), verificando-se a existência de possíveis associações estatisticamente significantes entre ambas. O nível de significância descritivo ( $\alpha$ ) adotado neste estudo foi 0,05. A consistência interna dos instrumentos psicométricos utilizados neste estudo, foi avaliada por intermédio do cálculo do Coeficiente Alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ )<sup>16</sup>.

O Alfa de *Cronbach* é um importante indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico que avalia sua consistência interna ou confiabilidade (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Polit e Hungler (1995) trazem que a confiabilidade, basicamente, pode ser definida como o grau de coerência com o qual o instrumento mede um atributo de mensuração quantitativa e se constitui em um dos principais critérios de avaliação de sua qualidade. A consistência interna é avaliada pela técnica da divisão em metades ou "*the split-half technique*"; nesse método os elementos que constituem um instrumento psicométrico são divididos em dois grupos classificados de maneira independente e os escores obtidos em cada uma destas metades é utilizado para calcular o coeficiente de confiabilidade (POLIT; HUNGLER, 1995).

Os índices de consistência interna variam entre 0 e 1. Quanto maior o coeficiente de confiabilidade, mais precisa (internamente consistente) é a medida (POLIT; HUNGLER, 1995). De maneira geral, um instrumento é classificado tendo fiabilidade apropriada quando apresentadas coeficientes de, no mínimo, 0,70. Em alguns cenários, dentro das ciências humanas e sociais, um coeficiente de 0,60 é considerável aceitável. No entanto, os dados devem ser interpretados com precaução (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Logo, diz-se que um instrumento psicométrico possui consistência interna quando todas as suas subpartes estejam mensurando a mesma característica.

---

<sup>16</sup> Apesar de serem designadas pelo mesmo símbolo ( $\alpha$ ), nível de significância e o coeficiente alfa de *Cronbach* dizem respeito a medidas e conceitos distintos.

O *software* utilizado para a construção do banco de dados e dos gráficos utilizados neste estudo foi o *Microsoft Office Excel for Windows*® versão 2010. Para a realização dos cálculos estatísticos e construção dos gráficos de dispersão e diagramas foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Em relação ao banco de dados, para evitar possíveis erros de digitação, foi realizada dupla digitação por dois digitadores independentes e em planilhas distintas para, posteriormente, estes dados serem cruzados para verificar possíveis divergências entre as digitações.

#### **4.6.1 Análise estatística do WHOQOL-BREF**

Para a mensuração dos escores relacionados à qualidade de vida, a OMS recomenda que sejam calculados para cada um dos domínios que compõem o instrumento, os seguintes pontos: média, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor máximo (WHO, 1996). Conforme recomendação do instrumento, solicitou-se aos entrevistados que respondessem as questões considerando as duas últimas semanas.

Os cálculos dos escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente) ocorre pela média aritmética da soma dos escores atribuídos às questões que os avaliam no WHOQOL-BREF, no qual a cada resposta dada pelos sujeitos da pesquisa é atribuído um valor entre um e cinco. Os resultados médios dos domínios são multiplicados por quatro de forma a possibilitar comparação entre os valores utilizados no WHOQOL-100, para finalmente serem convertidos em uma escala numérica que varia de 0 a 100 - na qual "zero" representa o nível mais baixo de qualidade de vida e "100" o melhor nível ou nível máximo (WHO, 1996; PEDROSO et al., 2008).

Para a avaliação das perguntas 1 e 2 do WHOQOL-BREF, que avaliam a qualidade de vida global e qualidade de vida em saúde, respectivamente, utilizou-se apenas da escala Likert, de 1 a 5, na qual 1 indica a pior percepção possível, 2 uma avaliação ruim, 3 uma avaliação intermediária e indefinida ("nem ruim, nem boa"), 4 avalia a QV como boa e 5 como muito boa (WHO, 1996; PEDROSO et al., 2008).

Deve-se atentar que no instrumento três questões possuem escore invertido e a inversão de seus valores é necessária para a correta mensuração dos achados. A inversão do escore das questões objetiva a padronização de todas as respostas do instrumento, de forma

que, quanto mais positiva a resposta, mais se aproximará de cinco e, por conseguinte, quanto mais negativa for a resposta, mais se deve aproximar de 1. De tal forma, todas as questões de cada faceta são convertidas para uma mesma escala, no qual o aumento gradativo da resposta equivale, na mesma proporção, ao aumento no positivismo do resultado da faceta (WHO, 1996; PEDROSO et al., 2008).

Apesar de não constituírem os cálculos dos domínios de qualidade de vida, as questões 01 e 02, quando analisadas em conjunto, fornecem um indicador denominado qualidade de vida geral (QVG) que é graduado, da mesma forma que os domínios, em uma escala de 0 a 100.

Quadro 3. Questões do instrumento WHOQOL-BREF que apresentam escore invertido
Questão 03. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
Questão 04. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
Questão 26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Adaptado de Alves e colaboradores (2004)

O cálculo dos escores e da estatística descritiva de qualidade de vida foram calculados automaticamente por intermédio da ferramenta proposta por Pedroso e colaboradores (2010) e disponível para *download* através da URL: <http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>. Tal ferramenta foi testada em diferentes versões do *software Microsoft Excel* e os resultados obtidos foram comparados com dados obtidos pelas ferramentas eletrônicas clássicas (SPSS e EPI-INFO) utilizadas neste tipo de análise. Salienta-se que os resultados obtidos foram idênticos em todas as simulações.

#### 4.6.2 Análise estatística da *Job Stress Scale*

A *Job Stress Scale* fornece indicadores psicossociais comuns aos ambientes laborais de diferentes contextos e, também, permite identificar a interação entre esses indicadores. Por

meio destes indicadores é possível identificar o potencial estressogênico destas situações laborais.

Os componentes psicossociais avaliados pela escala consistem nas demandas psicológicas, controle sobre o trabalho e suporte social. Foram analisados a partir das recomendações de Karasek (1979) e Karasek e Theorell (1990).

O cálculo do escore da dimensão “demandas psicológicas” ocorre pela soma dos escores atribuídos às cinco questões que avaliam o quesito na *Job Stress Scale* (quadro 4), no qual cada resposta dada pelos sujeitos da pesquisa é atribuída um valor entre 1 (menos frequente) e 4 (mais frequente). Deve-se atentar para o fato de que uma das questões desta dimensão (a questão quatro) possui escore reverso e a inversão do escore deve ser realizada antes da soma dos itens, para que o conteúdo e intensidade das respostas permanecem todos no mesmo sentido (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; ALVES et al., 2009; SCHMIDT et al., 2009).

Quadro 4. Questões do instrumento <i>Job Stress Scale</i> que avaliam os níveis de demanda no trabalho
Questão 01. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
Questão 02. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
Questão 03. Seu trabalho exige demais de você?
Questão 04. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
Questão 05. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Adaptado de Alves e colaboradores (2004)

A soma desta dimensão pode variar de cinco a 20, sendo que quanto maior o escore, maior é a demanda psicológica percebida pelo trabalhador (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; ALVES et al., 2009; SCHMIDT et al., 2009).

Para o cálculo do escore da dimensão “controle” procede-se da mesma forma que o quesito anterior: somam-se os escores atribuídos às seis questões que avaliam a dimensão na *Job Stress Scale* (quadro 5) e cada resposta dada pelos sujeitos é valorada entre um e quatro, na mesma escala de frequência citada anteriormente. Nessa dimensão também existe uma

questão de escore reverso (questão nove) e a inversão do escore desta deve realizada antes da soma dos itens. A soma desta dimensão pode variar de seis a 24, sendo que quanto maior o escore obtido, maior o nível de controle do trabalhador sobre o processo de trabalho (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; ALVES et al., 2009; SCHMIDT et al., 2009)

Schmidt e colaboradores (2009) ressaltam que esta dimensão pode ser dividida em duas subescalas que avaliam o *discernimento intelectual* do trabalhador (quatro questões) e *autoridade sobre decisões* (duas questões). Para o componente discernimento intelectual o intervalo possível, dado pelo somatório dos escores de cada questão, pode variar entre quatro e 16. Para o componente "autoridade sobre decisões" o intervalo pode variar entre dois e oito.

Quadro 5 – Questões do instrumento <i>Job Stress Scale</i> que avaliam os níveis de controle e suas duas subescalas	
<b>Discernimento Intelectual</b>	<p>Questão 06. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?</p> <p>Questão 07. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?</p> <p>Questão 08. Seu trabalho exige que você tome a iniciativa?</p> <p>Questão 09. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?</p>
<b>Autoridade Sobre Decisões</b>	<p>Questão 10. Você pode escolher como fazer seu trabalho?</p> <p>Questão 11. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?</p>

Adaptado de Alves e colaboradores (2004)

Igualmente aos procedimentos citados para o cálculo do escore da dimensão apoio social, a cada uma das seis questões que avaliam o quesito é dado um valor de um a quatro e o escore final, que pode variar de seis a 24, é dado pela soma desses valores. Quanto maior o escore, maior é o nível de apoio social do trabalhador em seu ambiente laboral (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; ALVES et al., 2009; SCHMIDT et al., 2009)

O modelo teórico adotado por este estudo prediz que a interação entre diferentes níveis de demandas (alta ou baixa) com diferentes níveis de controle (alto ou baixo) resultam em experiências ocupacionais distintas de acordo com grau de exposição a estressores ocupacionais. Para a identificação dos grupos de alta e baixa demanda e dos grupos de alto e baixo controle, adotou-se os critérios utilizados por Alves (2004) e Schmidt e colaboradores

(2009) que, embasados nas orientações de Karasek (1990), consideraram como ponto de corte as medianas das referidas dimensões.

Para a análise correlacional, utilizando os coeficientes correlacionais de *Spearman* ou produto-momento de *Pearson*, as variáveis psicossociais mensuradas pelo instrumento JSS foram transformadas em variáveis contínuas considerando a soma dos valores das questões que compõem cada domínio.

#### **4.7 Tratamento de dados perdidos (*missing data*)**

Quando os participantes não responderam alguma das questões, seja para o instrumento WHOQOL-BREF ou para a *Job Stress Scale*, o critério estabelecido para exclusão do sujeito da amostra é que se tenha 20% ou mais dos itens não respondidos (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; PEDROSO et al., 2008). Ou seja: no caso específico da *Job Stress Scale* será mantido na amostra os participantes que responderem, no mínimo, quatro itens da dimensão “demandas psicológicas”, cinco itens da dimensão “controle” e cinco itens da dimensão “suporte social” (ALVES, 2004; ALVES et al., 2004).

#### **4.8 Variáveis de interesse para o estudo**

O quadro abaixo descreve as variáveis utilizadas neste estudo e as diferem de acordo com a classificação (independente ou dependente), a designação nominal, a descrição e as categorias criadas.

Variável dependente corresponde ao(s) fenômeno(s) ou fator(es) que se deseja explicar e cuja variações e frequência se almeja compreender (PAES, 2010). Neste estudo, a variável dependente corresponde aos domínios de qualidade de vida propostos pela OMS.

As variáveis independentes são aquelas que podem estar relacionadas ou mesmo influenciar a variável dependente e são conhecidas, também, como variáveis explicativas (PAES, 2010). As variáveis explicativas adotadas neste estudo compreendem aspectos sociodemográficos, aspectos laborais e aspectos psicossociais do ambiente de trabalho que podem influenciar nos níveis de QV dos profissionais que participaram do estudo.



Quadro 6 – Quadro de descrição das variáveis utilizadas no estudo				
Tipo	Designação Nominal	Descrição	Categorias Criadas	Classificação da Variável
<b>Dependente</b>	Domínios de Qualidade de Vida	Avalia indicadores de qualidade de vida	Domínio Físico Domínio Psicológico Domínio Meio Ambiente Domínio das Relações Sociais	Quantitativa contínua (escala 0 - 100)
<b>Independentes</b>	Modelo Demanda-Control-Suporte Social	Avalia os aspectos psicossociais do trabalho	Alta/Baixa Demanda Alto/Baixo Controle Alto/Baixo Suporte Social Trabalho ativo Trabalho passivo Trab. de Alta Exigência Trab. de Baixa Exigência	Quantitativa contínua (escala 4 -20) Qualitativa ordinal Qualitativa nominal
	Sexo	Descreve o gênero dos participantes	Masculino Feminino	Qualitativa nominal
	Idade	Descreve o número de anos vividos		Quantitativa contínua
	Profissão	Descreve a atividade exercida pelo participante no local de estudo durante a coleta de dados	Técnico de enfermagem Enfermeiro Médico Fisioterapeuta Psicólogo Nutricionista Assistente Social	Qualitativa nominal
	Vínculos Empregatícios	Descreve o número de vínculos empregatícios dos participantes do estudo	Apenas 1 2 3 Mais de 3	Qualitativa ordinal
	Turno de Trabalho	Descreve o período no qual o participante exerce suas atividades laborais na instituição pesquisada	Apenas diurno Apenas noturno Diurno e noturno em dias alternados Diurno e noturno no mesmo dia Apenas matutino Apenas vespertino	Qualitativa nominal
	Estado civil	Descreve a amostra quanto à presença ou não de companheiro	Com companheiro Sem companheiro	Qualitativa nominal
	Carga Horária Semanal	Descreve a amostra quanto à carga horária semanal trabalhada	≤ 40 horas > 40 horas	Qualitativa nominal

## 5 RESULTADOS - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVADOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados obtidos na pesquisa, começando pelos elementos da estatística descritiva, características sociodemográficas da amostra e questões laborais. Além disso, apresentar-se-á os testes das hipóteses iniciais do estudo por meio do cálculo dos coeficientes de correlação ( $\rho$  de *Spearman* e  $r$  de *Pearson*, quando pertinentes), diferenças dos escores médios entre os agrupamentos estudados (testes de *Mann-Whitney* e *Kruskall-Wallis*), bem como dos níveis de significância estatística ( $\alpha$ ).

### 5.1 Caracterização da amostra estudada

#### 5.1.1 Quesitos sociodemográficos e laborais

Conforme pode ser observado na tabela 1 a amostra do estudo foi composta por adultos jovens com média de 32 anos e mediana de 31, o gênero feminino predominou compondo 73% da amostra ( $n = 159$ ). Sujeitos que moram com um(a) companheiro(a) corresponderam a 53% da amostra total ( $n = 115$ ) e 60,37% destes possuem ao menos 1 filho ( $n = 131$ ).

Em relação aos quesitos laborais (tabela 02), 70,5% da amostra foi constituída por profissionais técnicos de enfermagem ( $n = 153$ ), seguidos pelos enfermeiros como segundo grupo prevalente (16,59% da amostra). Psicólogos, nutricionistas e assistente social representaram uma porção ínfima do grupo total, correspondente a 2,77% do total de sujeitos ( $n = 06$ ) e por isso se optou por agregá-los como um único grupo denominado "outros profissionais" nas análises correlacionais e comparativas, nas quais a variável "categoria profissional" foi utilizada. Médicos e fisioterapeutas compõem o restante das categorias, num total respectivo de 12 (5,53%) e 10 (4,61%) profissionais.

Em relação ao tempo de serviço na instituição pesquisada, o grupo mais representativo foi aquele que declarou trabalhar há mais de cinco anos no pronto-socorro (40,55% da amostra). A maior proporção da amostra, 56,7% ( $n = 123$ ), declarou trabalhar apenas na instituição na qual se realizou o estudo, e 43,06% ( $n = 93$ ) declarou trabalhar mais que 40 horas semanais. A respeito dos turnos de trabalho, encontrou-se uma vasta gama de possibilidades de combinações entre turnos, sendo os mais prevalentes o grupo de

profissionais que declararam trabalhar em plantões de doze horas apenas no período diurno (31,5%). Na mesma proporção destacaram-se aqueles que declararam trabalhar em plantões de doze horas, diurnos e/ou noturnos, em dias alternados.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos de estudo de acordo com características sociodemográficas

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Amostra</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gênero (n = 217)</b>		
Masculino	58	27%
Feminino	159	73%
<b>Faixa etária (n = 199)</b>		
$\bar{x} = 32,77$ $Mi: 31$ $s = \pm 7,82$		
20 a 29 anos	78	39,19%
30 a 39 anos	81	40,71%
40 a 49 anos	33	16,58%
$\geq 50$ anos	7	3,52%
<b>Estado Civil (n = 217)</b>		
Solteiro	83	38,24%
Casado	82	37,80%
Separado/Divorciado	18	8,30%
Viúvo	1	0,46%
Mora com companheiro (a)	33	15,20%
<b>Número de filhos (n = 217)</b>		
Não tem filhos	86	39,63%
1 filho	51	23,50%
2 filhos	46	21,20%
3 filhos	18	8,30%
> 3 filhos	16	7,37%

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

$\bar{x}$  = média;  $Mi$  = mediana;  $s$  = desvio padrão

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos de estudo de acordo com características laborais

Variáveis laborais	Amostra	
	N	%
<b>Categoria Profissional (n = 217)</b>		
Técnicos de Enfermagem	153	70,5%
Enfermeiros	36	16,59%
Médicos	12	5,53%
Fisioterapeutas	10	4,61%
Psicólogos	3	1,39%
Nutricionistas	2	0,92%
Assistentes Sociais	1	0,46%
<b>Tempo de serviço na instituição (n = 217)</b>		
≤ 1 ano	41	18,9%
de 1 a 3 anos	64	29,5%
de 3 a 5 anos	24	11,05%
> de 5 anos	88	40,55%
<b>Número de vínculos empregatícios (n = 217)</b>		
Trabalha apenas na instituição pesquisada	123	56,7%
2 vínculos empregatícios	83	38,24%
3 vínculos empregatícios	9	4,14%
Mais de 3 vínculos empregatícios	2	0,92%
<b>Carga horária semanal trabalhada (n = 216)</b>		
≤ 20 horas/semanais	1	0,46%
30 horas/semanais	13	6,02%
40 horas/semanais	109	50,46%
> 40 horas/semanais	93	43,06%
<b>Turno de trabalho (n = 217)</b>		
Matutino (07:00 às 13:00)	4	1,8%
Vespertino (13:00 às 19:00)	3	1,2%
Diurno (07:00 às 19:00)	69	31,5%
Noturno (19:00 às 07:00)	24	12%
Diurno e noturno em dias alternados	69	31,5%
Diurno e noturno no mesmo dia (escala 24h x 96h)	48	22%

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

## 5.2 Avaliação da QV de profissionais de assistência à saúde

O instrumento WHOQOL-BREF foi avaliado quanto a sua consistência interna ou confiabilidade por intermédio do coeficiente Alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ). O coeficiente foi calculado para: 1) totalidade das questões que compõe o instrumento; 2) duas questões que avaliam a qualidade de vida geral (QVG); 3) 24 questões que compõem os domínios de qualidade de vida; e, 4) cada um dos domínios separadamente.

Tabela 3 – Coeficiente Alfa de *Cronbach* para os indicadores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF

Indicador Analisado	Número de Questões Avaliadas	$\alpha$
26 facetas	26	0,83
QVG	02	0,63
Domínios	24	0,81
Domínio Físico	07	0,76
Domínio Psicológico	06	0,75
Domínio Ambiente	08	0,68
Domínio das Relações Sociais	03	0,69

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Observa-se na tabela 3 que, de maneira geral, na totalidade das questões que compõe o WHOQOL-BREF obteve-se um coeficiente que condiz com satisfatória confiabilidade interna ( $\alpha = 0,83$ ).

Entre os domínios encontramos coeficientes que condizem entre moderada e satisfatória confiabilidade interna, destacando-se o domínio *físico* que apresentou o maior coeficiente ( $\alpha = 0,76$ ) e o domínio *ambiente* que apresentou o menor ( $\alpha = 0,68$ ). Os coeficientes apresentados para todos os indicadores analisados denotam que o WHOQOL-BREF apresentou boa confiabilidade/consistência interna na amostra estudada.

### 5.2.1 Qualidade de Vida Geral

O indicador Qualidade de Vida Geral refere-se à média entre as duas primeiras questões do instrumento WHOQOL-BREF. Essas duas questões não integram os cálculos dos domínios de qualidade de vida e avaliam, respectivamente, a QV global (Q1) e a percepção geral da saúde (Q2). Ambas as questões são calculadas em conjunto e geram um único escore independente dos domínios.

A tabela 4 apresenta os escores médios e os desvios-padrão das Q1, Q2 e QVG (Q1+Q2). Este último indicador, convertido na escala de 0 a 100 pontos.

Tabela 4 – Escores médios e desvios-padrão do indicador de QVG e das questões que o compõe (Q1 e Q2) para a amostra global do estudo (n = 217)

<b>Elemento Analisado</b>	<b>Escore Médio (<math>\bar{x}</math>)</b>	<b>Desvio-padrão (s)</b>
Q1	3,54	$\pm 0,82$
Q2	3,43	$\pm 0,90$
QVG	62,15	$\pm 18,39$

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Quando inquiridos sobre como avaliavam sua QV (Q1) nas duas semanas prévias à coleta de dados, 62,2% dos respondentes avaliaram sua QV no intervalo entre "boa" e "muito boa". Todavia, a média das respostas dos sujeitos do estudo indica que o grupo de profissionais pesquisados tem uma avaliação intermediária ( $\bar{x} = 3,54$ ) sobre sua QV, com discreta tendência a uma avaliação positiva.

Sobre a Q2, que avalia o grau de satisfação com a saúde nas duas semanas que antecederam o preenchimento do instrumento, 55,7% dos respondentes estavam "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" com sua saúde. Todavia, de modo similar, à avaliação da Q1, o escore médio da Q2 denota uma avaliação intermediária do grupo de profissionais avaliados. Destaca-se, ainda, na avaliação da satisfação com a saúde o percentual de 17,5% dos respondentes que está "insatisfeito" ou "muito insatisfeito", pois apesar de não constituírem o grupo predominante, são uma parcela significativa de profissionais que apresentam algum tipo de comprometimento em sua saúde, que os fazem terem uma percepção negativa dela. Logo, merecem investigações mais detalhadas na tentativa de minimizar tal percepção.

Tabela 5 – Escores médios e desvios-padrão do indicador de QVG e das questões que o compõe (Q1 e Q2) segundo variáveis sociodemográficas

Elemento Analisado Variáveis Sociodemográficas	Q1 ( $\bar{x}$ )/(s)	Q2 ( $\bar{x}$ )/(s)	QVG ( $\bar{x}$ )/(s)
<b>Gênero<sup>1</sup></b>			
Masculino (n = 58)	3,37/(±0,72)	3,52/(±0,93)	61,42/(±16,60)
Feminino (n = 159)	3,59/(±0,84)	3,40/(±0,93)	62,42/(±19,05)
p valor	0,03*	0,60	0,46
<b>Condição Marital<sup>1</sup></b>			
Com Companheiro (n = 115)	3,53/(±0,82)	3,35/(±0,95)	60,98/(±18,59)
Sem Companheiro (n= 102)	3,55/(±0,82)	3,53/(±0,84)	63,48/(±18,17)
p valor	0,57	0,20	0,21
<b>Nº de Filhos<sup>2</sup></b>			
Não tem Filhos (n = 86)	3,60/(±0,83) <sup>a</sup>	3,55/(±0,81)	64,39/(±18,54) <sup>b</sup>
1 filho (n= 51)	3,51/(±0,76)	3,31/(±0,93)	60,29/(±16,34) <sup>b</sup>
2 filhos (n = 46)	3,59/(±0,86)	3,35/(±1,06)	61,68/(±20,31)
≥ 3 filhos (n = 34)	3,35/(±0,81) <sup>a</sup>	3,44/(±0,86)	59,93/(±18,41)
p valor	0,27	0,49	0,23

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis

Pares de letras iguais indicam que, em análise bivariada entre os subgrupos indicados, houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), na aplicação do teste Mann-Whitney.

Na análise comparativa entre os escores médios da avaliação subjetiva da QV e do grau de satisfação com a saúde considerando o gênero dos profissionais do estudo, encontrou-se diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre os escores médios de Q1, revelando que os homens desta amostra tendem a ter uma percepção da sua QV pior do que as mulheres.

O escore médio do grau de satisfação com a saúde apresentou tendência inversa, com as mulheres apresentando menores indicadores de satisfação do que os homens, mas a diferença entre as médias não foi estatisticamente significativa.

A variável "condição marital", dicotomizada neste estudo pela presença ou não de um companheiro, estatisticamente, não pareceu influenciar os escores médios da auto-avaliação da QV, no grau de satisfação com a saúde e na QVG. Mesmo não tendo diferença estatisticamente significativa entre as médias, descritivamente percebe-se que os profissionais que vivem com um companheiro apresentam, de maneira geral, maior insatisfação com sua saúde do que o grupo de profissionais que estão solteiros, divorciados, separados ou viúvos.

Em relação ao número de filhos, o teste de *Kruskal-Wallis* evidenciou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios dos grupos analisados para

nenhum dos elementos do WHOQOL-BREF. Entretanto, percebe-se uma tendência decrescente do indicador de QVG, da auto-avaliação da QV e do grau de satisfação com saúde à medida que o número de filhos aumenta, sendo que para estes três elementos analisados os indivíduos sem filhos tiveram os escores mais elevados. Essa tendência foi confirmada na análise bivariada entre os escores médios da Q1 (auto-avaliação da QV) apresentados pelo grupo que declarou não ter filhos ( $\bar{x} = 3,60$ ) e pelo agrupamento de profissionais com 3 ou mais filhos ( $\bar{x} = 3,35$ ), os quais apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre si, quando aplicado o teste de *Mann-Whitney*.

Tabela 6 – Escores médios e desvios-padrão do indicador de QVG e das questões que o compõe (Q1 e Q2) segundo variáveis laborais

<b>Elemento Analisado</b> <b>Variáveis Laborais</b>	<b>Q1</b> <b>(<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Q2</b> <b>(<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>QVG</b> <b>(<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>
<b>Categoria Profissional<sup>2</sup></b>			
Técnico de Enfermagem (n = 153)	3,59/(±0,8)	3,43/(±0,9)	62,82/(±17,79)
Enfermeiro (n = 36)	3,44/(±0,84)	3,5/(±0,84)	61,80/(±18,88)
Médico (n=12)	3,5/(±1)	3,75/(±1,05)	65,62/(±23,91)
Fisioterapeuta (n = 10)	3,3/(±0,82)	3,1/(±0,99)	55/(±20,58)
Outras Profissões (n = 06)	3,17/(±0,75)	3/(±0,63)	52,08/(±14,61)
p valor	0,33	0,22	0,21
<b>Turno de Trabalho<sup>2</sup></b>			
Somente Diurno (n = 76)	3,56/(±0,79)	3,33/(±0,9)	61,18/(±18,09)
Somente Noturno (n= 24)	3,67/(±0,96)	3,25/(±1,07)	61,46/(±22,09)
D e N em dias alternados (n = 69)	3,51/(±0,74)	3,58/(±0,88)	63,59/(±16,71)
Escala de 24 horas (n = 48)	3,48/(±0,9)	3,48/(±0,82)	61,98/(±19,63)
p valor	0,59	0,29	0,95
<b>Carga Horária Semanal<sup>1</sup></b>			
≤ 40 horas (n = 123)	3,71/(±0,75)	3,49/(±0,87)	65,04/(±16,93)
> 40 horas (n= 93)	3,31/(±0,85)	3,34/(±0,94)	58,10/(±19,63)
p valor	0,00*	0,19	0,00*
<b>Vínculos Empregatícios<sup>1</sup></b>			
Apenas 01 (n = 123)	3,68/(±0,78)	3,47/(±0,89)	64,43/(±17,75)
2 ou Mais (n= 94)	3,35/(±0,82)	3,38/(±0,92)	59,17/(±18,89)
p valor	0,00*	0,39	0,02*
<b>Tempo de Serviço na Instituição<sup>2</sup></b>			
≤ 1 ano (n = 41)	3,76/(±0,49)	3,54/(±0,87)	66,16/(±15,11)
1 a 5 anos (n= 88)	3,53/(±0,83)	3,44/(±0,85)	62,21/(±18,08)
≥ 5 anos(n = 88)	3,44/(±0,91)	3,37/(±0,96)	60,23/(±19,93)
p valor	0,22	0,75	0,25

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis



Entre as variáveis laborais investigadas a carga horária semanal trabalhada e o número de vínculos empregatícios foram as únicas variáveis que apresentaram escores médios com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados.

Em relação à auto-avaliação da QV o grupo composto pelos psicólogos, nutricionistas e assistente social foi o que apresentou o menor escore médio (3,17) e o menor desvio-padrão ( $\pm 0,75$ ), mostrando maior uniformidade entre as respostas deste agrupamento de profissionais do que em outras categorias. A única categoria profissional que apresentou escore médio intermediário, tendendo a uma avaliação positiva, foram os técnicos de enfermagem (3,59). Todas as demais apresentaram avaliação intermediária e indefinida.

O turno de trabalho não afetou de maneira estatisticamente significativa os escores da auto-avaliação da QV. Entretanto, é perceptível uma diferença entre os escores dos profissionais que trabalham apenas dia ou apenas noite daqueles que trabalham os dois turnos (independente da distribuição destes plantões). O primeiro grupo apresentou escores médios maiores do que o segundo agrupamento.

O tempo de serviço no pronto-socorro também não demonstrou ser uma variável estatisticamente significativa no escore médio da avaliação subjetiva da QV. Contudo, pode-se perceber que, conforme se aumentam os anos de trabalho na instituição, a auto-avaliação da QV tende a ser pior.

Foram altamente significativas ( $p < 0,01$ ) para a auto-avaliação da QV as variáveis número de vínculos empregatícios e carga horária semanal trabalhada, corroborando dados consagrados na literatura sobre saúde do trabalhador. Profissionais que apresentaram carga horária semanal excessiva (duplas ou triplas jornadas) tiveram uma avaliação subjetiva de sua QV consideravelmente pior do que aqueles profissionais que trabalham apenas naquele pronto-socorro e cumprem 40 horas semanais de trabalho, ou menos.

Quanto ao grau de satisfação com a saúde nenhuma das variáveis laborais pesquisadas demonstrou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos avaliados.

Identificou-se que o grupo de psicólogos, nutricionistas e assistente social foi o menos satisfeito com a sua saúde ( $\bar{x} = 3$ ), enquanto que os médicos foram os profissionais mais satisfeitos, com uma avaliação intermediária tendendo à satisfatória.

A carga horária excessiva e as duplas ou triplas jornadas de trabalho também afetaram negativamente o grau de satisfação com a saúde do trabalhador. O tempo de serviço na instituição também pareceu afetar os escores médios deste quesito, sendo quanto maior o tempo de serviço no pronto-socorro menor é o grau de satisfação com a saúde.

Os escores de QVG distribuíram-se de maneira similar aos escores da Q1, foram estatisticamente significativas as diferenças entre as médias das variáveis "carga horária semanal" e "números de vínculos empregatícios", novamente corroborando a concepção de que jornadas excessivas de trabalho podem trazer consequências negativas para a saúde e qualidade de vida do trabalhador.

### 5.2.2 Domínios de Qualidade de Vida

Os indicadores de qualidade de vida analisados separadamente por domínios remetem à propriedade de multidimensionalidade atrelada ao conceito. Os dados captados através do WHOQOL-BREF são analisados em quatro domínios: *físico*, *psicológico*, *relações sociais* e *ambiente*, conforme será exposto a seguir.

A tabela 7 apresenta os escores médios e os desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF, convertidos na escala de 0 a 100 pontos conforme adotado neste estudo.

Tabela 7 – Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF para a amostra global do estudo (n = 216)\*

Domínio	Escore Médio ( $\bar{x}$ )	Desvio-padrão (s)
Psicológico	66,01	$\pm 14,93$
Relações Sociais	64,86	$\pm 19,17$
Físico	63,49	$\pm 15,22$
Ambiente	48,13	$\pm 13,88$

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\* Um (01) respondente foi excluído de acordo com os critérios de *missing data* adotados no estudo (ver seção 4.7)

Para a amostra global do estudo, o domínio psicológico de QV foi o que apresentou o maior escore médio, enquanto que o domínio ambiente foi o que se apresentou mais comprometido.

Tabela 8 – Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF segundo variáveis sociodemográficas

<b>Domínios</b> <b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Físico</b> <b>(<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Psicológico</b> <b>(<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Relações Sociais</b> <b>(<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Ambiente</b> <b>(<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>
<b>Gênero<sup>1</sup></b>				
Masculino (n = 58)	63,20/(±14,61)	66,25/(±13,47)	64,94/(±17,71)	47,88/(±14,62)
Feminino (n = 158) <sup>3</sup>	63,60/(±15,48)	65,93/(±15,47)	64,83/(±19,72)	48,22/(±13,65)
p valor	0,68	0,59	0,74	0,71
<b>Condição Marital<sup>1</sup></b>				
Com Companheiro (n = 114) <sup>3</sup>	64,31/(±14,10)	66,01/(±14,93)	64,86/(±19,17)	48,13/(±13,88)
Sem Companheiro (n= 102)	62,57/(±16,41)	65,38/(±16,37)	64,21/(±20,16)	47,24/(±15,02)
p valor	0,34	0,92	0,83	0,43
<b>Nº de Filhos<sup>2</sup></b>				
Não tem Filhos (n = 86)	64,14/(±15,16)	67,91/(±15,15)	67,83/(±19,48) <sup>ab</sup>	50,22/(±13,94)
1 filho (n= 50) <sup>3</sup>	64,89/(±14,45)	65,20/(±14,19)	62,25/(±17,98) <sup>a</sup>	46,78/(±14,9)
2 filhos (n = 46)	61,39/(±14,59)	63,44/(±14,87)	60,69/(±18,89) <sup>b</sup>	45,9/(±13,6)
≥ 3 filhos (n = 34)	62,6/(±17,5)	65,93/(±15,57)	66,91/(±19,17)	48,13/(±13,88)
p valor	0,68	0,24	0,04*	0,44

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis

<sup>3</sup>Um (01) respondente foi excluído de acordo com os critérios de *missing data* adotados no estudo (ver seção 4.7)

Pares de letras iguais indicam que, em análise bivariada entre os subgrupos indicados, houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), na aplicação do teste Mann-Whitney.

Na análise dos escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF, de acordo com características sócio-demográficas da amostra estudada, o domínio das *relações sociais* foi o único que sofreu variação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) conforme o número de filhos dos participantes da pesquisa. Para este domínio, não ter filhos ou ter 3 ou mais filhos pareceu estar relacionado com maiores indicadores de QV.

Quanto ao gênero, os escores médios apresentados por homens e mulheres foram muito próximos. Apesar da discreta diferença entre as médias, pode-se visualizar as mulheres com melhores indicadores de QV nos domínios *físico* e *ambiental*, enquanto que os homens apresentaram melhores indicadores nos domínios *psicológico* e *relações sociais*.

A presença de um companheiro, seja em união estável (casado) ou apenas vivendo com um(a) parceiro(a), indicou níveis de qualidade de vida superiores ao do grupo que vive sem companheiro, todavia as diferenças entre as médias dos dois grupos não foram estatisticamente significantes.

Tabela 9 – Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF segundo variáveis laborais

<b>Domínios Variáveis Laborais</b>	<b>Físico (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Psicológico (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Relações Sociais (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Ambiente (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>
<b>Categoria Profissional<sup>2</sup></b>				
Técnico de Enfermagem (n = 152) <sup>3</sup>	63,28/(±15,79)	66,67/(±14,87) <sup>c</sup>	65,25/(±19,54)	46,67/(±13,63) <sup>a</sup>
Enfermeiro (n = 36)	62,20/(±14,6)	65,62/(±15,15)	65,28/(±19,26)	48,97/(±13,96) <sup>b</sup>
Médico (n = 12)	67,56/(±16,08)	65,28/(±18,41)	61,8/(±19,61)	60,68/(±15,22) <sup>ab</sup>
Fisioterapeuta (n = 10)	64,64/(±10,44)	57,08/(±13,76) <sup>c</sup>	59,17/(±14,93)	50,62/(±10,8)
Outras Profissões (n = 06)	66,67/(±10,02)	68,05/(±6,28)	68,05/(±17,81)	51,04/(±10,95)
p valor	0,78	0,33	0,75	0,05*
<b>Turno de Trabalho<sup>2</sup></b>				
Somente Diurno (n = 76)	63,66/(±15,59)	65,94/(±16,23)	66,12/(±19,55)	48,42/(±12,57)
Somente Noturno (n = 24)	60,56/(±16,53)	69,34/(±16,86)	67,36/(±19,95)	47,37/(±13,6)
D e N em dias alternados (n = 68) <sup>3</sup>	64,81/(±15,64)	66,23/(±13,8)	64,01/(±18,88)	48,26/(±16,1)
Escala de 24 horas (n = 48)	62,8/(±13,48)	64,15/(±13,45)	62,85/(±18,91)	47,87/(±12,93)
p valor	0,64	0,52	0,98	0,56
<b>Carga Horária Semanal<sup>1</sup></b>				
≤ 40 horas (n = 123)	65,44/(±14,91)	68,63/(±13,95)	67,75/(±18,35)	48,08/(±13,53)
> 40 horas (n = 93) <sup>3</sup>	60,99/(±15,41)	62,86/(±15,41)	61,02/(±19,74)	48,01/(±14,37)
p valor	0,04*	0,00*	0,02*	0,90
<b>Vínculos Empregatícios<sup>1</sup></b>				
Apenas 01 (n = 122) <sup>3</sup>	65,03/(±14,90)	68,33/(±14,57)	66,53/(±18,11)	48,16/(±13,25)
2 ou Mais (n = 94)	61,49/(±15,48)	62,98/(±14,94)	62,68/(±20,36)	48,09/(±14,74)
p valor	0,16	0,00*	0,21	0,93
<b>Tempo de Serviço na Instituição<sup>2</sup></b>				
≤ 1 ano (n = 41)	65,39/(±15,29) <sup>d</sup>	65,49/(±15,01)	61,58/(±20,06)	43,35/(±11,57)
1 a 5 anos (n = 88)	66,8/(±14,5) <sup>e</sup>	67,1/(±14,37)	66,19/(±18,24)	50,17/(±13,12)
≥ 5 anos (n = 87) <sup>3</sup>	59,3/(±15,06) <sup>de</sup>	65,17/(±15,54)	65,05/(±19,69)	46,45/(±15,41)
p valor	0,00*	0,62	0,45	0,27

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis<sup>3</sup>Um (01) respondente foi excluído de acordo com os critérios de *missing data* adotados no estudo (ver seção 4.7)

Pares de letras iguais indicam que, em análise bivariada entre os subgrupos indicados, houve diferenças estatisticamente significativas (p < 0,05), na aplicação do teste Mann-Whitney.

Evidenciou-se neste estudo o papel significativo que a alta carga horária semanal de trabalho apresentou sobre os índices de qualidade de vida. Os profissionais que declararam trabalhar mais do que quarenta horas semanais apresentaram escores médios inferiores aos dos profissionais que trabalham quarenta horas semanais ou menos, sendo a diferença entre esses indicadores estatisticamente significativa para os domínios *físico* (p < 0,05), *psicológico* (p < 0,01) e das *relações sociais* (p < 0,05).

Em relação ao número de vínculos empregatícios, os resultados evidenciam que, considerando apenas os escores absolutos, os profissionais que atuam apenas na instituição pesquisada apresentam índices de qualidade de vida maiores do que os profissionais que possuem dois ou mais vínculos empregatícios. Entretanto, a diferença entre os escores médios foi estatisticamente significativa (p < 0,01) apenas para o domínio *psicológico*.

Quanto à variável “categoria profissional”, na análise simultânea de todos os grupos a partir do teste de *Kruskall-Wallis*, evidenciou-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) apenas para o domínio *ambiente*. Para este domínio destaca-se que o escore médio de QV apresentado pelos médicos ( $\bar{x} = 60,68$ ) foi estatisticamente superior ( $p < 0,05$ ) aos escores médios apresentados pelos enfermeiros ( $\bar{x} = 48,97$ ) e técnicos de enfermagem ( $\bar{x} = 46,67$ ).

O tempo de serviço na instituição foi altamente significativo ( $p < 0,01$ ) na determinação dos escores médios dos indicadores de QV para o domínio *físico*, sendo que os profissionais que declararam trabalhar há mais de 5 anos no pronto-socorro estudado apresentaram os piores indicadores.

### 5.3 Avaliação de aspectos psicossociais do trabalho de profissionais de assistência à saúde

De modo similar à avaliação da qualidade de vida dos profissionais de assistência à saúde que compuseram a amostra do estudo, adotou-se o mesmo procedimento para determinar a consistência interna ou confiabilidade do instrumento de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho (JSS).

O coeficiente Alfa de *Cronbach* foi calculado para a totalidade das questões que integram o instrumento: para as cinco questões que avaliam os níveis de demanda; para as seis questões que avaliam os níveis de controle; e para as sete perguntas que avaliam o suporte social percebido pelos sujeitos do estudo. Os coeficientes estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10– Coeficiente Alfa de *Cronbach* para as categorias do MDC

Indicador Analisado	Número de Questões Avaliadas	$\alpha$
Instrumento total	17	0,60
Demandas Psicológicas	05	0,69
Controle Sobre o Trabalho	06	0,45
Suporte Social	06	0,73

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Na tabela 10 observa-se que, de maneira geral, na totalidade das questões que compõe o instrumento JSS, obteve-se um coeficiente confiabilidade interna aceitável ( $\alpha = 0,60$ ).

Entre as dimensões avaliadas pelo instrumento encontrou-se coeficientes que condizem com aceitável e satisfatória confiabilidade interna para os domínios demandas psicológicas e suporte social, respectivamente. A dimensão referente ao controle sobre o trabalho apresentou o menor coeficiente de consistência interna ( $\alpha = 0,45$ ).

Tabela 11 – Escores médios e desvios-padrão dos indicadores de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho para a amostra global do estudo.

<b>Elemento Analisado</b>	<b>Escore Médio(<math>\bar{x}</math>)</b>	<b>Intervalo Possível</b>	<b>Desvio-padrão (s)</b>	<b>Mediana (Mi)</b>
Controle	16,86	06 - 24	( $\pm 2,24$ )	17
Discernimento Intellectual	12,02	04 - 16	( $\pm 1,33$ )	12
Autonomia sobre Decisões	4,83	02 - 08	( $\pm 1,58$ )	06
Demandas	15,38	05 - 20	( $\pm 2,42$ )	16
Suporte Social	17,17	06 - 24	( $\pm 2,77$ )	17

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

O Modelo Demanda-Controlle avalia concomitantemente como os níveis de controle e de demandas no ambiente de trabalho interagem e determinam experiências laborais estressogênicas ou não. Esse modelo assume a premissa de que altas demandas psicológicas potencialmente podem ser experiências danosas ao trabalhador, mas que altos níveis de controle e de suporte social podem amenizar esses efeitos deletérios provenientes das altas exigências do trabalho.

A amostra de profissionais analisada apresentou escore médio de 15,38 no componente "demandas", em uma escala que pode variar entre 05 a 20 pontos, no qual o limite inferior representa pouca vivência de demandas psicológicas e o limite superior a vivência intensa de demandas psicológicas no ambiente laboral.

Outro método de se avaliar os aspectos psicossociais do trabalho, como citado no capítulo metodológico, é por meio da dicotomização a partir da mediana entre os níveis baixos ou altos do aspecto avaliado. Com escore médio de 15,38 e mediana de 16, no quesito "demandas", a amostra estudada caracteriza-se por apresentar baixas demandas psicológicas.

Na avaliação do componente "controle sobre o processo de trabalho", a amostra global do estudo apresentou escore médio de 16,86 pontos, em uma escala de frequência que varia

entre 06 e 24 pontos, cujo limite inferior, da mesma forma que na avaliação do componente "demandas", representa pouca vivência de situações que propiciam o exercício do controle por parte do trabalhador e o limite superior representa vivência intensa destas situações. Com 16,86 pontos a amostra caracteriza-se com vivência moderada de situações que propiciam o trabalhador desenvolver e exercitar o controle sobre o seu processo de trabalho.

Avaliando os níveis de controle como baixo ou alto a partir do ponto de corte com base na mediana amostral, a amostra caracterizou-se com baixo controle sobre o processo de trabalho ( $\bar{x} = 16,8$  e  $Mi = 17$ ).

O componente "controle" é avaliado a partir da integração de duas sub-escalas que o compõe: o discernimento intelectual e a autoridade decisória. Em relação à frequência com que vivenciam situações que estimulam o discernimento intelectual, ou seja, permitem o desenvolvimento de novas habilidades e estimulam a liberdade criativa, a amostra caracterizou-se com intensa vivência destas situações ( $\bar{x} = 12,12$ ). Com mediana de 12, a amostra pode ser caracterizada, ainda neste quesito, como vivenciando altos níveis de discernimento intelectual em seu trabalho.

Enquanto que o discernimento intelectual é ativamente exercitado por esse grupo de profissionais, o que ajudaria a caracterizar altos níveis de controle sobre o processo de trabalho, o segundo componente que compõe essa dimensão, a autoridade decisória, apresenta indicadores insatisfatórios que contribuem para a amostra ser caracterizada como baixos níveis de controle.

Com escore médio de 4,83 e mediana de 6 pontos, os profissionais assistenciais do pronto-socorro estudado, caracterizam-se pelo baixo nível de autonomia e pela vivência moderada de situações que permitem o exercício desta autonomia sobre decisões de como e o quê fazer no trabalho.

E, por fim, em relação ao suporte social, variável psicossocial que deve atuar como moderadora dos efeitos prejudiciais das demandas psicológicas, o grupo de profissionais avaliados caracterizou-se com altos níveis de percepção de suporte social.

Tabela 12 – Escores médios e desvios-padrão dos indicadores de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho segundo variáveis sociodemográficas

<b>Domínios Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Controle (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Discernimento Intelectual (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Autonomia sobre Decisões (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Demandas (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Suporte Social (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>
<b>Gênero<sup>1</sup></b>					
Masculino (n = 58)	16,81/(±2,49)	11,74/(±1,65)	5,07/(±1,19)	15,69/(±2,15)	17,14/(±2,26)
Feminino (n = 158)	16,87/(±2,15)	12,13/(±1,53)	4,75/(±1,59)	15,27/(±2,50)	17,18/(±2,78)
p valor	0,92	0,05*	0,18	0,28	0,95
<b>Condição Marital<sup>1</sup></b>					
Com Companheiro (n = 114)	16,86/(±2,25)	12,03/(±1,35)	4,83/(±1,67)	15,27/(±2,46)	16,93/(±2,81)
Sem Companheiro (n = 102)	16,85/(±2,23)	12,01/(±1,31)	4,84/(±1,47)	15,51/(±2,37)	17,45/(±2,7)
p valor	0,91	0,79	0,93	0,62	0,16
<b>Nº de Filhos<sup>2</sup></b>					
Não tem Filhos (n = 86)	17,2/(±2,06) <sup>ab</sup>	12,15/(±1,08)	5,05/(±1,46) <sup>c</sup>	15,62/(±2,34)	17,43/(±2,57)
1 filho (n = 50)	16,67/(±1,81) <sup>a</sup>	11,8/(±1,28)	4,86/(±1,3)	15,23/(±2,13)	17,1/(±2,72)
2 filhos (n = 46)	16,87/(±2,78)	12,02/(±1,88)	4,85/(±1,79)	15,52/(±2,39)	16,5/(±2,91)
≥ 3 filhos (n = 34)	16,24/(±2,37) <sup>b</sup>	12,03/(±1,1)	4,21/(±1,85) <sup>c</sup>	14,82/(±3)	17,56/(±3,08)
p valor	0,12	0,39	0,14	0,67	0,26

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis

Pares de letras iguais indicam que, em análise bivariada entre os subgrupos indicados, houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), na aplicação do teste Mann-Whitney.

Entre as variáveis sociodemográficas pesquisadas neste estudo apenas o gênero afetou de maneira estatisticamente significativa o escore médio de uma das variáveis psicossociais do ambiente laboral. Com médias e desvios-padrão praticamente similares, homens e mulheres pouco diferiram em relação aos níveis de controle, demandas psicológicas e suporte social. As principais diferenças entre os escores se deram entre as subvariáveis do componente controle sobre o trabalho, com as mulheres apresentando escore superior ao apresentado pelos homens da amostra no quesito discernimento intelectual ( $p < 0,05$ ) (respectivamente  $\bar{x} = 12,13$  e  $\bar{x} = 11,74$ ). Ainda em relação a esse quesito e as diferenças entre gêneros, enquanto que o escore médio obtido pelo grupo feminino pode ser caracterizado como alto nível de discernimento intelectual, o grupo masculino, inversamente, é caracterizado como baixo nível de discernimento intelectual.

No quesito autonomia sobre decisões os homens apresentaram escores superiores aos das mulheres, entretanto a diferença entre as médias não foi estatisticamente significativa.

A condição marital e o número de filhos não interferiram de maneira estatisticamente significativa na média dos escores que avaliaram os aspectos psicossociais do trabalho.



Em relação ao componente controle, a maioria dos grupos criados a partir das características sociodemográficas, apresenta características semelhantes às encontradas na amostra global: baixos níveis de controle e vivência moderada de situações que propiciam o exercício do controle sobre o processo de trabalho. A única exceção foi o grupo sem filhos que apresentou alto controle sobre o processo de trabalho ( $\bar{x} = 17,2$ ).

Na avaliação do componente suporte social também não houve diferenças entre a amostra global e a maioria dos subgrupos analisados com base nas características sociodemográficas. Apenas o grupo que relatou ter um companheiro e o grupo com 02 filhos foram os que apresentaram os níveis mais baixos de suporte social ( $\bar{x} \leq 17$ ).

Tabela 13 – Escores médios e desvios-padrão dos indicadores de avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho segundo variáveis laborais.

<b>Domínios Variáveis Laborais</b>	<b>Controle (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Discernimento Intelectual (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Autonomia sobre Decisões (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Demandas (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>	<b>Suporte Social (<math>\bar{x}</math>)/(s)</b>
<b>Categoria Profissional<sup>2</sup></b>					
Téc. de Enf. (n = 153)	16,46/(±2,24)	11,91/(±1,44)	4,55/(±1,56)	14,92/(±2,34)	17,52/(±3,8)
Enfermeiro (n = 36)	17,11/(±1,8)	12,19/(±1,01)	4,91/(±1,38)	17,17/(±2,08)	16,36/(±2,31)
Médico (n = 12)	18,58/(±2,39)	12,58/(±1,31)	6/(±1,21)	16,41/(±1,83)	16,33/(±2,99)
Fisioterapeuta (n = 10)	18,6/(±1,43)	12,1/(±0,87)	6,5/(±1,08)	15,5/(±2,32)	17,2/(±1,75)
Outras Profissões (n = 06)	19/(±1,09)	12,5/(±0,55)	6,5/(±1,58)	14,17/(±2,14)	15/(±3,74)
p valor	0,00*	0,25	0,00*	0,00*	0,05*
<b>Turno de Trabalho<sup>2</sup></b>					
Somente Diurno (n = 76)	16,59/(±2,27)	11,95/(±1,22)	4,64/(±1,69)	15,09/(±2,51)	17,65/(±2,88)
Somente Noturno (n = 24)	17,12/(±2,67)	11,92/(±1,79)	5,21/(±1,98)	14,79/(±2,54)	17,33/(±2,87)
D e N em dias alternados (n = 68)	16,86/(±2,14)	12,06/(±1,44)	4,81/(±1,32)	15,57/(±2,19)	16,67/(±2,56)
Escala de 24 h (n = 48)	17,12/(±2,1)	12,14/(±1,09)	4,98/(±1,51)	15,87/(±2,47)	17,07/(±2,77)
p valor	0,38	0,84	0,29	0,19	0,14
<b>Carga Horária Semanal<sup>1</sup></b>					
≤ 40 horas (n = 123)	16,76/(±2,36)	12,01/(±1,47)	4,75/(±1,63)	15,37/(±2,43)	17,45/(±2,84)
> 40 horas (n = 93)	16,98/(±2,08)	12,04/(±1,14)	4,93/(±1,51)	15,4/(±2,43)	16,83/(±2,65)
p valor	0,60	0,40	0,35	0,96	0,07
<b>Vínculos Empregatícios<sup>1</sup></b>					
Apenas 01 (n = 122)	16,73/(±2,31)	12,02/(±1,43)	4,7/(±1,64)	15,21/(±2,48)	17,41/(±2,96)
2 ou Mais (n = 94)	17,02/(±2,13)	12,02/(±1,2)	5/(±1,48)	15,61/(±2,32)	16,86/(±2,48)
p valor	0,32	0,50	0,18	0,30	0,15
<b>Tempo de Serviço na Instituição<sup>2</sup></b>					
≤ 1 ano (n = 41)	16,77/(±2,15)	12,15/(±1)	4,62/(±1,56)	15,57/(±2,2)	16,62/(±2,89)
1 a 5 anos (n = 88)	17,08/(±2,12)	12,09/(±1,29)	4,99/(±1,5)	15,44/(±2,62)	17,08/(±2,68)
≥ 5 anos (n = 87)	16,67/(±2,39)	11,9/(±1,5)	4,77/(±1,66)	15,24/(±2,31)	17,52/(±2,78)
p valor	0,45	0,58	0,42	0,66	0,27

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis

Nesta amostra as variáveis laborais pouco interferiram nos escores médios dos componentes psicossociais do ambiente laboral analisados no estudo. Apenas a variável *categoria profissional* apresentou ser estatisticamente significativa para a maioria das variáveis psicossociais, com exceção do componente *discernimento intelectual*.

Em relação à variável *controle* e os grupos profissionais analisados encontrou-se que, com exceção dos técnicos de enfermagem, todos os outros agrupamentos apresentaram escores condizentes com alto controle. E, além de serem caracterizados pelo alto controle sobre seu processo de trabalho, esses grupos caracterizaram-se também pela intensa vivência de situações que possibilitam o aprendizado, desenvolvimento da criatividade e da autonomia decisória. Destaca-se, neste quesito, o aglutinamento dos profissionais menos representativos na instituição pesquisada, composto por psicólogos, nutricionistas e assistente social que apresentou o maior escore médio para a variável ( $\bar{x} = 19$ ).

Quanto às demais variáveis laborais e suas relações como o componente *controle*, apesar de os grupos avaliados não apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios, a título descritivo, vale ressaltar que alguns grupos diferiram da amostra global do estudo ao apresentarem altos níveis de controle. Profissionais que trabalham apenas no turno noturno ( $\bar{x} = 17,12$ ), em plantões de 24 horas seguidas ( $\bar{x} = 17,12$ ), com dois ou mais vínculos empregatícios ( $\bar{x} = 17,02$ ) ou que atuam na instituição pesquisada entre 1 a 5 anos ( $\bar{x} = 17,08$ ), apresentaram escores condizentes com alto controle sobre seu trabalho.

Tabela 14 – Escores médios e desvios-padrão para os domínios de QV do WHOQOL-BREF segundo variáveis psicossociais do ambiente de trabalho

<b>Domínios Variáveis Psicossociais do Trabalho</b>	<b>Físico (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Psicológico (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Relações Sociais (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>	<b>Ambiente (<math>\bar{X}</math>)/(s)</b>
<b>Níveis de Demanda<sup>1</sup></b>				
Alta Demanda(n = 44)	58,52/(±20,84)	65,91/(±17,61)	66,29/(±23,01)	49,15/(±14,15)
Baixa Demanda (n = 172)	63,89/(±14,91)	66,04/(±14,27)	64,58/(±18,14)	47,97/(±23,01)
p valor	0,38	0,65	0,55	0,54
<b>Níveis de Controle<sup>1</sup></b>				
Alto Controle (n = 52)	67,81/(±13,98)	69,42/(±12,07)	65,86/(±17,33)	51,73/(±13,25)
Baixo Controle (n= 164)	62,05/(±15,53)	64,93/(±15,65)	64,63/(±19,78)	47,09/(±13,91)
p valor	0,02*	0,10	0,82	0,05*
<b>Níveis de Suporte Social<sup>1</sup></b>				
Alto Suporte Social (n =73)	68,15/(±15,68)	69,61/(±14,79)	70,89/(±18,11)	49,21/(±15,04)
Baixo Suporte Social (n=141)	61,06/(±14,45)	64,08/(±14,78)	62/(±19,01)	47,73/(±13,18)
p valor	0,00*	0,00*	0,63	0,00*
<b>Altas Demandas + Níveis de Suporte Social<sup>1</sup></b>				
Alta Demanda + Alto S. Social (n=07)	73,98/(±13,63)	73,81/(±14,78)	55,81/(±12,94)	84,52/(±18,28)
Alta Demanda + Baixo S. Social (n=37)	59,36/(±16,11)	64,41/(±17,88)	47,9/(±14,18)	62,84/(±22,36)
p valor	0,05*	0,16	0,23	0,02*
<b>Níveis de Interação do MDC<sup>2</sup></b>				
Trabalho Ativo (n= 08) (3,7%)	66,96/(±10,06)	64,58/(±14,16)	62,5/(±18,36)	57,87/(±12,93)
Baixa Exigência (n= 36) (16,67%)	60,51/(±17,52)	66,2/(±17,53)	67,13/(±24,06)	47,22/(±13,83)
Alta Exigência (n= 44) (20,37%)	67,96/(±14,11)	70,3/(±10,38)	66,48/(±17,28)	50,62/(±13,14)
Trabalho Passivo (n= 128) (59,26%)	62,49/(±14,97)	64,57/(±15,14)	63,93/(±18,44)	47,06/(±13,99)
p valor	0,10	0,21	0,53	0,16

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

<sup>1</sup>Teste Mann-Whitney <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis

Houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios de domínios de QV e os grupos dicotomizados segundo níveis de *controle* e *suporte social*. O grupo de profissionais que apresentou alto controle sobre o processo de trabalho também apresentou maiores níveis de QV em todos os domínios avaliados, sendo as diferenças estatisticamente significativas para os domínios *físico* e *ambiental* ( $p \leq 0,05$ ).

Em relação aos níveis de suporte social percebidos pelos profissionais assistenciais o grupo com alta percepção de *suporte social* por parte de colegas e chefias alcançou os maiores escores de QV em todos os domínios avaliados, quando comparados com o grupo de baixa percepção de *suporte social*. As diferenças foram altamente significativas ( $p \leq 0,01$ ) para os domínios *físico*, *psicológico* e *meio ambiente*.

A maior proporção da amostra estudada foi classificada com o perfil de “trabalho passivo” (59,26%) que, segundo os preceitos do MDC, é o perfil de trabalho que aponta para

uma redução da criatividade, manifestadas pela incapacidade de produzir soluções para as dificuldades do ambiente de trabalho. Apesar de não constituírem a maioria do grupo avaliado, 20,37% dos profissionais respondentes foram classificados no perfil mais preocupante, em relação ao potencial de vivência dos efeitos negativos do estresse laboral: o trabalho de alta exigência.

#### 5.4 Análise Correlacional

Para comprovar ou não as hipóteses de correlação deste estudo entre os níveis de qualidade de vida e os níveis de demanda psicológica, controle sobre o trabalho e suporte social (aspectos psicossociais dos trabalhos avaliados), calculou-se os coeficientes de correlação de *Spearman* e produto-momento de *Pearson* ( $r$ ) e se testou a probabilidade destas correlações serem estatisticamente significativas. Os resultados estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 15 – Coeficiente de correlação de *Spearman* ( $\rho$ ) entre as variáveis dependentes e independentes quantitativas contínuas utilizadas no estudo.<sup>17</sup>

V a r i á v e i s	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 . Q V G	1										
2. Domínio Físico	0,45**	1									
3. Domínio Psicológico	0,52**	0,57**	1								
4. Domínio Ambiente	0,37**	0,43**	0,48**	1							
5. Domínio das Relações Sociais	0,36**	0,53**	0,66**	0,46**	1						
6 . C o n t r o l e	0,13	0,19**	0,10	0,20**	0,03	1					
7. Discernimento Intelectual	0,22**	0,32**	0,19**	0,22**	0,16*	0,67**	1				
8. Autoridade Decisória	0,02	0,04	-0,01	0,14	-0,07	0,84**	0,20**	1			
9 . D e m a n d a s	-0,01	-0,15*	-0,03	-0,06	0	-0,03	0,06	-0,10	1		
10. Suporte Social	0,13	0,22**	0,18*	0,10	0,23**	0,06	0,08	0,02	-0,28**	1	
11 . I d a d e	-0,13	-0,09	-0,05	-0,05	-0,07	-0,07	-0,06	-0,02	-0,10	0,03	1

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

<sup>17</sup> O coeficiente de correlação produto-momento de *Pearson* foi aplicado para se verificar a correlação entre o domínio ambiente (variável 4) e a dimensão suporte social (variável 10), por apresentarem distribuição normal. Em todas as situações a seguir, nas quais estes dados foram cruzados, aplicou-se tal teste estatístico.

A matriz correlacional apresentada mostra que as variáveis dependentes deste estudo (os domínios de qualidade de vida) se correlacionaram mais fortemente entre si do que entre as variáveis independentes avaliadas (aspectos psicossociais do trabalho e idade) para a amostra total de profissionais de saúde investigados.

A respeito das correlações entre os domínios de qualidade de vida, destaca-se que todos os domínios se correlacionaram fortemente entre si e todas as correlações foram estatisticamente significativas ( $p \leq 0,01$ ). Entre essas variáveis, o domínio das relações sociais e o escore de QVG apresentaram o menor coeficiente de correlação ( $\rho = 0,36$ ), enquanto a relação entre o domínio psicológico e o domínio das relações sociais apresentou a maior força ( $\rho = 0,66$ ).

As variáveis psicossociais e os indicadores de QV apresentaram correlações estatisticamente significativas entre alguns de seus aspectos avaliados, porém todas essas correlações foram “fracas” ou “muito fracas” para a amostra global, de acordo com os critérios do BMJ adotados neste estudo.

Na análise dos coeficientes correlacionais, de acordo com o gênero, encontrou-se correlações positivas e moderadas entre as variáveis “controle sobre o processo de trabalho” e os índices de qualidade de vida para o domínio *físico* ( $\rho = 0,45$ ), discernimento intelectual e domínio físico ( $\rho = 0,45$ ) e, suporte social percebido no ambiente trabalho e domínio das relações sociais de qualidade de vida ( $\rho = 0,44$ ).

Os subitens “autoridade decisória” e “discernimento intelectual” que constituem a variável “controle” correlacionaram-se positiva e forte/muito fortemente (respectivamente) com os escores deste último quesito para a amostra global.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 O desempenho psicométrico dos instrumentos no contexto do estudo

O desempenho psicométrico dos instrumentos utilizados neste estudo foi avaliado por meio da determinação do coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), o qual estima a consistência interna e a confiabilidade ou homogeneidade das questões que avaliam um mesmo construto ou dimensão psicométrica.

Na avaliação das dimensões e subcomponentes do instrumento WHOQOL-BREF aplicado na amostra de profissionais deste estudo, encontrou-se alfas condizentes com boa consistência interna/confiabilidade (tabela 3). Tal fato caracteriza o instrumento como conciso e suficientemente adequado para avaliar os índices de qualidade de vida deste agrupamento de sujeitos.

Na literatura poucos estudos que avaliaram a qualidade de vida de profissionais de saúde<sup>18</sup> por meio desse instrumento padronizado pela OMS (WHOQOL-BREF) calcularam ou apresentaram os coeficientes de consistência interna.

Localizou-se apenas o trabalho de Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008) que estudaram os índices de qualidade de vida em uma amostra multidisciplinar de profissionais de saúde em um hospital universitário de Curitiba (PR), no qual se encontrou coeficientes de consistência interna próximos aos obtidos na amostra deste estudo, embora discretamente inferiores na avaliação dos domínios (0,88 para as 26 questões que compõem o instrumento; 0,64 para o domínio físico; 0,71 para o domínio psicológico; 0,61 para o domínio das relações sociais e 0,69 para o domínio ambiente).

Esses resultados reforçam o bom desempenho psicométrico do WHOQOL-BREF quando aplicado em populações ou amostras heterogêneas, fato que atende a uma das principais premissas para a elaboração deste instrumento que é avaliar satisfatoriamente a QV de maneira genérica e em diferentes contextos socioculturais.

Em relação à JSS, este instrumento quando aplicado à amostra do estudo apresentou apenas desempenho psicométrico aceitável na avaliação total de seus componentes ( $\alpha = 0,60$ ),

---

<sup>18</sup> Foram consideradas na revisão de literatura apenas categorias profissionais que integraram a amostra deste estudo, ou seja, enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e técnicos de enfermagem.

bem como para a maioria dos subitens avaliados (tabela 10). Ressalta-se que, de maneira geral, um instrumento psicométrico é avaliado como fiável e homogêneo quando apresenta coeficientes de consistência interna de, no mínimo, 0,70. Todavia, no cenário das ciências humanas, coeficientes menores são considerados aceitáveis, devendo os dados, obtidos por meio deste instrumento, serem interpretados com cautela (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

Esses achados são consonantes com os resultados de outros estudos que utilizaram a JSS para a avaliação de aspectos psicossociais do ambiente laboral em trabalhadores da área de saúde (ALVES et al., 2004; SILVA, 2007; SCHMIDT et al., 2009; TAVARES, 2010; NEGELISKI, LAUTERT, 2011; URBANETO et al., 2011).

A respeito da dimensão "controle", foi a única das dimensões avaliadas que apresentou coeficiente de consistência interna abaixo de 0,50, demonstrando concisão e homogeneidade insatisfatórias. Em todos os estudos que calcularam o coeficiente alfa de *Cronbach*, a dimensão que avalia os níveis de controle sobre o trabalho foi a que apresentou os menores indicadores, variando entre 0,32 em Tavares (2010) a 0,67 em Alves e colaboradores (2004).

Maroco e Garcia-Marques (2006) salientam que indicadores de consistência abaixo de 0,60 devem ser tratados com precaução. No caso específico deste estudo, um coeficiente insatisfatório, como o encontrado na avaliação da dimensão "controle", devido a sua baixa concisão e homogeneidade, pode levar a uma subestimação de possíveis associações com indicadores de qualidade de vida.

Os itens que avaliaram o suporte social foram os que apresentaram, em todos esses estudos, os maiores coeficientes de consistência interna, variando entre 0,75 em Schmidt e colaboradores (2009) a 0,85 em Alves e colaboradores (2004).

Um dado importante ressaltado por Tavares (2010) e, também percebido durante a revisão bibliográfica desta investigação, é que alguns estudos que utilizam o MDC não calcularam ou não apresentaram um coeficiente de consistência interna dificultando avaliações do instrumento em distintas populações e cenários.

A mesma situação foi encontrada em outros estudos que utilizaram o WHOQOL-BREF na avaliação de QV de profissionais de saúde. Portanto, parece pertinente reforçar que a não divulgação ou omissão deste tipo de informação pode ser considerado um fator limitante, uma vez que, além de impossibilitar análises e discussões comparativas

considerando amostras distintas, a ausência de informações específicas sobre o desempenho psicométrico (força, concisão e restrições de um instrumento) compromete a validade e a correta interpretação dos resultados mensurados.

## 6.2 Um *retrato*<sup>19</sup> da qualidade de vida dos profissionais assistencialistas do pronto-socorro público

A avaliação da qualidade de vida, de qualquer pessoa, grupo ou nação, não é uma tarefa simples quando se considera as características de complexidade, multideterminação e subjetividade que envolvem esse conceito. Inúmeros elementos podem ser elencados como influentes e determinantes dos níveis de QV de um indivíduo, mas o modo e a intensidade com que estes elementos podem impactar nesta varia de pessoa para pessoa com base em sua cultura e seu sistema de valores e crenças.

De acordo com os resultados obtidos pelo instrumento, a avaliação geral dos domínios de QV mostrou que, para a amostra estudada, o domínio *psicológico* foi o indicador de QV melhor valorado pelos respondentes ( $\bar{x} = 66,01$ ), enquanto o domínio *meio-ambiente* apresentou-se como o mais prejudicado na percepção dos profissionais ( $\bar{x} = 48,13$ ). Ademais, este último domínio foi o que apresentou menor desvio-padrão ( $s = \pm 13,88$ ), demonstrando menor variância dos escores médios para esse quesito, ou seja, os respondentes deram respostas mais homogêneas.

Os domínios "relações sociais" e "físico" apresentaram escores intermediários (respectivamente,  $\bar{x} = 64,86$  e  $\bar{x} = 63,49$ ), destacando que o primeiro deles apresentou a maior heterogeneidade nos escores médios ( $s = \pm 19,17$ ).

Com base na escala de conversão adotada para mensurar os indicadores de QV, na qual "zero" indica a pior percepção possível e "cem" a melhor percepção possível. Observa-se que os escores médios obtidos para os domínios "psicológico", "físico" e das "relações sociais" são condizentes com uma avaliação mediana de QV. Para o domínio que avalia a QV

---

<sup>19</sup>Retrato aqui empregado como metáfora às finalidades e limitações dos estudos transversais que permitem uma reflexão sobre a situação do fenômeno pesquisado apenas do momento em que este foi avaliado. Não se pode inferir relações de causalidade, pois os estudos transversais apenas descrevem como o fenômeno está manifestado na amostra selecionada no momento da coleta de dados, em outras palavras, um retrato instantâneo da situação (BASTOS; DUQUILA, 2007).



relacionada ao ambiente, a amostra apresentou indicadores condizentes com uma avaliação ruim.

Múltiplos fatores podem ter contribuído para apresentação destes escores medianos e ruim, haja vista que qualidade de vida é um construto de característica multideterminada, ou seja, inúmeros elementos/fatores/situações da vida humana afetam negativa ou positivamente a sua percepção. Para tentar compreender esse cenário, os prejuízos à qualidade de vida da amostra foram analisados considerando características comuns aos sujeitos que a compuseram, levando-se em conta, principalmente, o fato de serem profissionais de saúde e exercerem suas atividades em um pronto-socorro público.

A insatisfação com elementos que compõem o domínio *ambiental* foi nitidamente destacada na amostra estudada. Hierarquizando em ordem crescente os escores médios obtidos pelas 24 facetas avaliadas, percebe-se que entre os dez aspectos pior valorados pelos respondentes, sete são elementos relacionados ao meio no qual o sujeito vive/interage.

A faceta pior valorada foi aquela que mediu o quanto o ambiente físico era saudável e sugeria que fossem considerados na avaliação aspectos como clima, barulho, poluição e atrativos ( $\bar{X} = 34,68$ ;  $s = \pm 24,26$ ). Apesar de esta questão não fazer menção à avaliação de um ambiente físico em específico, foi percebido durante a coleta de dados, por meio de comentários e verbalizações que, ao responderem esta questão, os sujeitos da pesquisa consideraram a salubridade do meio onde os dados foram coletados, ou seja, o pronto-socorro no qual trabalham.

A literatura usualmente retrata os prontos-socorros públicos como locais superlotados e abarrotados de pacientes que aguardam os mais variados tipos de atendimentos hospitalares. Independentemente de seus motivos causais, a demanda excessiva sobrepuja a capacidade dos recursos humanos, materiais e físicos das unidades e, comumente, é fácil encontrar pacientes que permanecem dias internados recebendo cuidados assistenciais em cadeiras, macas/colchões em corredores e, até mesmo, deitados no chão de hospitais.

Inegavelmente essa é uma situação desumana e desrespeitosa para os pacientes que sofrem diretamente os efeitos da ineficiência dos serviços públicos de saúde. Todavia, os profissionais da saúde que atuam nestas instituições também sofrem física e psiquicamente frente a esse cenário que, por diversos motivos, torna o ambiente dos prontos-socorros insalubres.

Esse cenário de superlotação foi encontrado no pronto-socorro pesquisado quando os dados deste estudo foram coletados. Na época, dezenas de pacientes em tratamento ou acompanhamento médico ficavam dispersos pela instituição, muitos deles permanecendo dias nos corredores. Além disso, agravando a situação de superlotação havia os casos de pacientes que aguardavam transferência para outras instituições (dentro e fora de Rondônia) que oferecem tratamentos especializados, para além dos alcances e funções dos serviços oferecidos por um pronto-socorro.

Esse não é um problema recente, há anos se registra superlotação na instituição que, além de problemas logísticos e operacionais compromete a salubridade do ambiente.

O aglomerado de pessoas em espaços limitados, não projetados para atender as necessidades de tal demanda excessiva, torna o ambiente ruidoso e dificulta a manutenção da limpeza dos espaços. Como faltavam leitos, muitos pacientes permaneciam alojados em macas ou no chão. Assim, todos os procedimentos assistenciais e avaliações eram realizados em condições totalmente inapropriadas para a prestação de assistência à saúde.

Soma-se a esses fatos o típico calor amazônico, a inexistência de aparelhos de refrigeração ambiental nos corredores do pronto-socorro e espaços mal-ventilados que, combinados, tornavam o ambiente excessivamente quente e contribuía para a constituição de um ambiente ainda mais deletério.

Diante destas constatações fica evidente a insalubridade do ambiente físico no qual os sujeitos deste estudo executavam suas atividades laborais o que, seguramente, pode refletir em baixos indicadores de qualidade de vida quando se considera essa faceta da vida do trabalhador.

A segunda e terceira facetas pior valoradas também pertenciam ao domínio ambiental e se referiam, respectivamente, à frequência com que o respondente tinha oportunidade de realizar atividades de lazer ( $\bar{x} = 38,48$ ;  $s = \pm 22,04$ ) e à suficiência de recursos financeiros para atender suas necessidades ( $\bar{x} = 40,21$ ;  $s = \pm 22,68$ ).

Em relação às possíveis associações dos indicadores de QV com as variáveis sociodemográficas analisadas, não se encontrou diferenças entre os escores médios obtidos na avaliação dos domínios com as variáveis "gênero" e "condição marital", ou seja, os escores médios não diferiram de maneira estatisticamente significativa entre homens e mulheres, nem entre os indivíduos que viviam com companheiro daqueles que viviam sem. Apenas a variável

"número de filhos" apresentou diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,04$ ) entre os escores médios dos diferentes grupos avaliados sob a perspectiva de QV das *relações sociais*. A respeito desta variável, pesquisadores que investigam os efeitos do estresse na saúde e qualidade de vida possuem opiniões divergentes sobre seu papel salutogênico (PITTHAN, 2010).

Neste estudo, destaca-se que o agrupamento de profissionais que respondeu não ter filhos apresentou o melhor indicador de qualidade de vida para este domínio ( $\bar{x} = 67,83$ ), enquanto que os profissionais com um ou dois filhos apresentaram os menores indicadores, respectivamente,  $\bar{x} = 62,25$  e  $\bar{x} = 60,69$  (tabela 8). Loscocco e Spitze (1990) evidenciaram que a presença de filhos pode ser associada com o aumento da prevalência de estresse e elevação de sintomas psicossomáticos e ansiedade, isso ocorre porque com o nascimento de uma criança advém uma série de atribuições e responsabilidades que constituem novas demandas na vida de um indivíduo com potencial estressor. Nesta perspectiva, não ter filhos pode ser interpretado como um fator positivo em relação à exposição ao estresse e a prejuízos na QV que são decorrentes.

Pitthan (2010) apresenta uma visão relativizada sobre esse assunto. Para a autora, o cuidado destinado aos filhos, de acordo com o tipo e a dinâmica da relação familiar construída, pode gerar vínculos afetivos ambíguos e dicotômicos, caracterizando-se como recompensadores ou estressogênicos. Nesta perspectiva, a variável "número de filhos" pode se comportar positiva ou negativamente em relação aos níveis de estresse e de qualidade de vida apresentados pelo trabalhador, sendo a qualidade da dinâmica familiar estabelecida que mediará tal comportamento, pois quando as relações familiares são majoritariamente conflituosas, com predomínio de discussões, violência e brigas, ter filhos pode ser um fator estressogênico. Mas, se a dinâmica é predominantemente harmoniosa e afetuosa ter filhos pode ser entendido como uma experiência recompensadora e geradora de felicidade.

Enquanto que entre as variáveis sociodemográficas utilizadas apenas uma única categoria revelou-se estatisticamente influente na diferença entre os escores médios da amostra (a variável "número de filhos"), na avaliação das características laborais (tabela 9) um maior número de variáveis mostrou ter relevância estatística na percepção de QV destes profissionais de saúde para os diferentes domínios mensurados.

A carga horária semanal trabalhada foi o item que se associou de maneira estatisticamente significativa com as diferenças entre escores médios do maior número de

domínios de QV. No cenário estudado profissionais com carga horária semanal superior a 40 horas apresentaram os piores indicadores de QV para os domínios “físico” ( $\bar{x} = 60,99$ ;  $p = 0,04$ ), “psicológico” ( $\bar{x} = 62,86$ ;  $p < 0,01$ ), e das “relações sociais” ( $\bar{x} = 61,02$ ;  $p = 0,02$ ), quando comparados com profissionais que trabalham 40 horas semanais ou menos.

O número de vínculos empregatícios mostrou-se estatisticamente significativo na diferença entre as médias do domínio *psicológico* ( $p < 0,01$ ), no qual o grupo de profissionais que declarou possuir dois ou mais vínculos de trabalho apresentou pior percepção de QV ( $\bar{x} = 62,98$ ) para este domínio, do que o grupo que trabalhava exclusivamente no pronto-socorro estudado ( $\bar{x} = 68,63$ ). Ressalta-se que, de maneira geral, o grupo com dupla ou mais jornadas de trabalho apresentou prejuízos na avaliação da QV para todos os outros domínios mensurados.

Jornadas duplas (ou superiores) de trabalho e a consequente carga horária semanal excessiva são constantes na vida de inúmeros profissionais da área da saúde, principalmente porque a organização do serviço hospitalar por sistema de plantões permite o acúmulo de vínculos e funções. O principal elemento motivador para essa busca por outros laços empregatícios não está atrelado apenas à facilidade que o regime de plantões proporciona, mas também pela necessidade de complementação de renda, pois o salário é insuficiente para o sustento da família e o atendimento de algumas de suas necessidades básicas, na maioria das situações.

A hipótese da motivação econômica para a busca de outro emprego pode ser indiretamente percebida nos achados deste estudo, como pode ser verificado na análise da Q12 do WHOQOL-BREF (“*você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?*”). Profissionais que buscam vínculos complementares para acrescer sua renda financeira mensal e, consequentemente, veem-se obrigados a trabalhar mais de 40 horas semanais tendem a estar mais satisfeitos com esse aspecto de QV, respectivamente  $\bar{x} = 41,72$  e  $\bar{x} = 42,22$ , do que os profissionais com apenas um vínculo e com carga horária semanal igual ou inferior a 40 horas (respectivamente,  $\bar{x} = 39,03$  e  $\bar{x} = 38,62$ ).<sup>20</sup>

Entretanto, por mais que estejam presentes no cotidiano do trabalhador da saúde, essas longas jornadas laborais não são salutares ao profissional e interferem direta ou indiretamente

<sup>20</sup> As diferenças entre os escores médios apresentados para a Q12 de acordo com os grupos dicotomizados a partir da carga horária semanal e o número de vínculos não foram estatisticamente significativas (respectivamente,  $p = 0,22$  e  $p = 0,43$ ), todavia foram ressaltadas por corroborarem evidências presentes na literatura.

em várias facetas de sua vida. Como referem Fogaça e colaboradores (2009), o acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios, submetendo o trabalhador a uma excessiva carga de trabalho, constitui um dos fatores mais importantes para o desgaste físico e mental em trabalhadores da área da saúde e constitui, também, um dos elementos mais estressogênicos para esse grupo de profissionais.

No recorte deste estudo, características peculiares do cenário de coleta de dados e dos sujeitos que compuseram a amostra, fornecem à variável “sobrecarga de trabalho” uma importância ímpar como elemento influente na determinação dos níveis de qualidade de vida. Em relação ao cenário estudado, no caso em questão uma unidade estadual de referência para atendimentos de urgência e emergência, a sobrecarga de trabalho passa a ser analisada em função de características peculiares deste tipo de instituição: a demanda excessiva e crescente de pacientes que buscam atendimento para suas necessidades de saúde (DESLANDES, 2000; AWADA, REZENDE, 2007), que em Porto Velho, especificamente, decorreu da construção de duas grandes usinas hidrelétricas que impulsionaram o crescimento econômico e demográfico da região.

A missão dos prontos-socorros deveria ser prestar atendimento a situações de urgência ou emergência, nas quais existem ou não risco iminente de morte. Entretanto, não é assim que acontece. Como principal porta de entrada ao sistema de saúde público brasileiro essas instituições recebem diariamente uma multidão de usuários buscando atendimento e resolutividade para as suas mais variadas necessidades orgânicas e psíquicas e que nem sempre se constituem como situações de risco de perder a vida ou de sequelas graves.

As razões que motivam a busca pela população geral por atendimento nos prontos-socorros são variadas e perpassam questões históricas, culturais e sociais (AWADA; REZENDE, 2007), destacando-se a busca imediata para resolver o(s) problema(s) que aflige(m) o usuário/paciente. Com efeito, independentemente dos motivos, superlotam as unidades e sobrecarregam os profissionais, fazendo com que, rotineiramente, tenham de decidir sob pressão importantes dilemas éticos e morais, tendo a árdua tarefa de “escolher” quais pacientes terão prioridade no atendimento.

Dentre os domínios de QV avaliados neste estudo, possivelmente o domínio das relações sociais seja, diretamente, um dos mais afetados pelo excesso de tempo despendido ao trabalho. Essa afirmação pauta-se no fato de que, restrito ao ambiente laboral, o indivíduo diminui drasticamente o tempo que passa ao lado de seus familiares, distanciando-se destes,

de seus parentes, amigos e colegas do mundo "extra-trabalho". O distanciamento de seu núcleo familiar e das situações da vida particular decorrentes de extensas jornadas de trabalho ou da necessidade de atuar em dois ou três empregos (em alguns casos até mais que três) pode fazer com que o trabalhador fique propenso aos efeitos negativos do estresse.

Uma possível leitura da Q20 do instrumento WHOQOL-BREF (*“quão satisfeito você está com suas relações pessoais: amigos, parentes, conhecidos, colegas?”*) mostra a menor satisfação dos profissionais que vivenciam jornadas excessivas de trabalho com as suas relações fora do ambiente laboral. Profissionais com carga horária semanal acima de 40 horas apresentaram escore médio igual a 62,12 para essa questão, enquanto que profissionais que trabalham 40 horas ou menos apresentaram escore médio de 68,5 ( $p = 0,09$ ).

Além do domínio social, as dimensões “física” e “psicológica” também são afetadas pelas longas jornadas de trabalho. Em relação ao componente físico da QV, vários aspectos biológicos da saúde humana, prejudicados pela sobrecarga de trabalho, são relatados na literatura que discorre a respeito do trabalhador. Prejuízos musculoesqueléticos, distúrbios no padrão de sono, distúrbios cardiovasculares, potenciais riscos carcinogênicos, risco aumentado para acidentes de trabalho, são alguns dos efeitos colaterais que o excesso de trabalho pode ocasionar (NG et al.; 2008).

Provavelmente os distúrbios do sono sejam um dos prejuízos mais citados e estudados pelo viés da sobrecarga de trabalho. Uma carga horária de trabalho semanal excessiva pode acarretar diminuição das horas dedicadas ao sono e ao repouso, não permitindo que o trabalhador se recupere do desgaste físico e psíquico ao qual foi submetido ao longo do dia e, sem se recuperar plenamente, este passa a vivenciar um estado de exaustão física, manifestado sob a forma de cansaço excessivo, fadiga crônica e déficits de memorização e atenção.

Na amostra de profissionais que participaram deste estudo pode-se perceber que, de maneira geral, a sobrecarga de trabalho comprometeu o grau de satisfação com o sono destes sujeitos. Por meio da análise dos escores médios da Q16 do WHOQOL-BREF (*“Quão satisfeito você está com o seu sono?”*) constatou-se que os profissionais que trabalham 40 horas semanais ou menos apresentaram média superior ( $\bar{x} = 53,46$ ) à apresentada pelos profissionais em sobrecarga de trabalho ( $> 40$  horas semanais) ( $\bar{x} = 38,98$ ) neste quesito. Ressalta-se que a diferença entre as médias foi altamente significativa ( $p < 0,01$ ).

Além do sono, a sobrecarga de trabalho, interferiu também na disposição para a realização de tarefas cotidianas ( $p = 0,08$ ) e na capacidade de concentração ( $p = 0,05$ ) destes profissionais.

No domínio *psicológico*, a sobrecarga de trabalho analisado como evento extremamente estressante ao trabalhador, tem potencial na manifestação de uma série de sentimentos negativos tais como desesperança, menos-valia, insatisfação pessoal, depressão e infelicidade que comprometem a auto-percepção de QV do indivíduo (NG et al.; 2008).

Por meio da análise da Q26 do instrumento WHOQOL-BREF (“*Com que frequência você tem sentimentos negativos... ?*”) encontrou-se diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,05$ ) entre os escores médios do grupo de profissionais com menor carga horária semanal ( $\bar{x} = 67,68$ ) daquele com carga horária semanal excessiva ( $\bar{x} = 61,83$ )<sup>21</sup>. Tal dado corrobora os achados de Ng et al. (2008) demonstrando que a sobrecarga de trabalho é potencialmente danosa à dimensão psicológica de QV, submetendo os trabalhadores a uma maior vivência de sentimentos negativos.

Destaca-se que para esta amostra o tempo de serviço prestado à instituição de estudo mostrou-se significativo para o domínio *físico* ( $p < 0,01$ ), no qual o grupo que atuava há mais de cinco anos no pronto-socorro apresentou o pior indicador de QV físico ( $\bar{x} = 59,3$ ) quando comparados com profissionais que atuavam há menos tempo.

Magnago (2008) aponta que a experiência profissional resulta em maior conhecimento a respeito da constituição e da dinâmica do local de trabalho, o que pode representar para o trabalhador mais segurança, sentimentos de confiança e melhores relacionamentos interpessoais com colegas e supervisores. Essa configuração é propensa para criar um ambiente com potencial para eliminar ou minimizar estressores laborais, refletindo em maior qualidade de vida e bem-estar para o indivíduo.

Entretanto, quando o ambiente físico, no qual o indivíduo executa suas atividades laborais e passa grande parte do seu dia, é insalubre o fator “tempo de serviço” pode ser considerado elemento estressogênico, pois quanto maior o tempo passado no ambiente

---

<sup>21</sup> A questão 26 do WHOQOL-BREF é uma das três questões do instrumento que possui escore invertido (ver seção 4.6.1). A inversão dos valores destas questões faz com que todas as perguntas do instrumento sejam apresentadas em uma mesma escala de valoração na qual o aumento gradativo da resposta equivale, na mesma proporção, ao aumento no positivismo do resultado da faceta.

adverso, maior é o nível de desgaste sofrido, repercutindo em prejuízos à saúde e qualidade de vida do trabalhador.

Entre as diferentes categorias profissionais encontrou-se diferença estatisticamente significativa apenas entre os escores médios do domínio "meio-ambiente" ( $p = 0,05$ ), para todos os outros domínios as diferenças existentes não se mostraram significativas sob o ponto de vista estatístico. Na avaliação deste domínio, técnicos de enfermagem apresentaram o pior indicador de QV ( $\bar{x} = 46,67$ ), enquanto os médicos se percebem com a melhor avaliação ( $\bar{x} = 60,68$ ), escore superior ao escore médio apresentado pela amostra global do estudo ( $\bar{x} = 48,13$ ).

Na literatura, os trabalhos que avaliaram a QV de profissionais de saúde não mostraram constância em relação aos domínios melhor ou pior valorados em amostras multidisciplinares. Isso pode ser explicado pelo fato de que todos os estudos utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF da OMS para a mensuração da QV. Assim a variância nos escores médios podia ser esperado nos diferentes contextos estudados, uma vez que a OMS considera para a avaliação da QV a percepção subjetiva de cada indivíduo, levando em conta que esta percepção está condicionada à cultura, ao sistema de valores, às crenças, objetivos, preocupações e anseios pessoais (WHOQOL GROUP, 1995).

Tzeng et al. (2009)<sup>22</sup> que estudaram a prevalência de morbidade psicológica e suas possíveis correlações com a QV de uma amostra heterogênea de profissionais de saúde que atuavam em hospitais militares de Taiwan encontraram que os médicos apresentaram escores médios intermediários para o domínio "meio-ambiente" ( $\bar{x} = 58,25$ ), que são superiores à média obtida pelos enfermeiros ( $\bar{x} = 57,06$ ), mas inferiores aos escores médios do agrupamento de outras categorias profissionais (psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas ...) ( $\bar{x} = 59,94$ ). Essa informação difere-se dos achados deste estudo, os quais demonstraram que os médicos foram os profissionais que apresentaram a melhor avaliação de QV para o domínio "meio-ambiente" ( $\bar{x} = 60,68$ ), com escores médios destacadamente superiores aos apresentados pelas demais categorias profissionais analisadas ( $\bar{x} = 51,04$ )<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Os indicadores de QV apresentados no estudo de Tzeng et al. (2009) foram convertidos para a mesma escala adotada neste estudo para facilitar comparações.

<sup>23</sup> Escore médio apresentado pela categoria "outros profissionais", usado para demonstrar a discrepância entre os indicadores de QV relacionado ao domínio "meio-ambiente" apresentados pelos médicos e as demais categorias profissionais apresentadas. O escore do agrupamento "outros profissionais" foi o segundo melhor valorado para o domínio em questão, todos os outros grupos apresentaram escores inferiores.



Ainda em Tzeng et al. (2009), enquanto se encontrou divergências entre as categorias profissionais com os melhores indicadores de QV relacionada ao ambiente, os achados referentes aos piores indicadores são condizentes entre os dois estudos. No estudo taiwanês os profissionais de enfermagem foram aqueles com o menor escore médio para o domínio *meio-ambiente* ( $\bar{x} = 57,06$ ) - posição ocupada pela mesma categoria profissional neste estudo (técnicos de enfermagem  $\bar{x} = 46,67$  e enfermeiros  $\bar{x} = 48,97$ ).

Spiller, Dinyewics e Slomp (2008) estudaram a QV de profissionais de saúde (enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas) de um hospital universitário da cidade de Curitiba/PR. Em todos os domínios de QV avaliados os enfermeiros foram os profissionais que obtiveram os piores indicadores médios. Para as autoras esses indicadores de QV preocupantes são decorrentes de características próprias da organização do trabalho dos profissionais de enfermagem que fazem com que estes trabalhadores vivenciem contatos prolongados com o sofrimento humano, com o processo de adoecimento e de morrer, com jornadas prolongadas e extenuantes de trabalho. Além disso, elenca-se as relações hierarquizadas, a divisão técnica e social do trabalho que atuam como elementos estressantes e desgastantes para os profissionais de enfermagem e podem ser potenciais determinantes nos prejuízos de QV destes profissionais.

Além da avaliação dos domínios de QV, o instrumento WHOQOL-BREF permitiu mensurar a avaliação subjetiva que cada trabalhador possuía de sua QV (Q1 do instrumento WHOQOL-BREF), o grau de satisfação com a saúde (Q2) e o indicador denominado Qualidade de Vida Geral (QVG), obtido através dos escores da Q1 e Q2.

A avaliação da auto-percepção da QV indicou que a amostra do estudo possui uma avaliação intermediária de sua QV com tendência a uma avaliação positiva ( $\bar{x} = 3,54$ ). Na mensuração do grau de satisfação com a saúde, encontrou-se uma avaliação similar à questão anterior, na qual a amostra estudada apresentou avaliação intermediária do grau de satisfação com a saúde ( $\bar{x} = 3,43$ ). Na avaliação deste quesito destacou-se, também, o percentual de respondentes insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde (17,5%) que, apesar de não representarem o maior número de sujeitos da amostra, constituem uma parcela significativa de profissionais que apresentaram algum comprometimento em sua saúde, levando-os a terem uma percepção negativa quanto a esse aspecto.

Entre as variáveis sociodemográficas, encontrou-se diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,03$ ) na auto-percepção da QV entre homens e mulheres, na qual as

mulheres ( $\bar{x} = 3,59$ ) avaliaram melhor sua QV do que os homens ( $\bar{x} = 3,37$ ). Para as variáveis laborais a sobrecarga de trabalho mostrou-se novamente determinante na avaliação subjetiva da QV e no escore de QVG (tabela 6).

Em revisão dos trabalhos que avaliaram a qualidade de vida de profissionais de saúde e utilizaram para tal o instrumento WHOQOL-BREF, encontraram-se escores médios condizentes com avaliação intermediária de satisfação com a saúde nos estudos de Rios, Barbosa e Belasco (2010) que avaliaram as relações entre qualidade de vida e depressão de uma amostra de profissionais de enfermagem de um hospital geral privado e, em Barrientos e Suazo (2007) que objetivaram conhecer a qualidade de vida e seus fatores associados de uma amostra de enfermeiras chilenas que atuavam em ambiente hospitalar. Entretanto, em ambas as amostras, os escores apresentados foram superiores aos encontrados neste estudo ( $\bar{x} = 3,43$ ), respectivamente  $\bar{x} = 3,74$  e  $\bar{x} = 3,97$ .

Além do escore médio superior ao encontrado na amostra de profissionais deste pronto-socorro, no estudo com enfermeiras chilenas nenhuma das respondentes se avaliou *insatisfeita* com sua saúde. Ao contrário, 100% delas responderam positivamente (satisfeitas ou muito satisfeitas) ou neutra (nem satisfeitas, nem insatisfeitas) na avaliação de sua saúde (BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

Possivelmente as diferenças sociodemográficas, culturais e na organização do trabalho destes profissionais tenham influenciado nas diferenças encontradas nos níveis de satisfação com a saúde destas amostras. Portanto, para que seja possível realizar comparações sustentadas em evidências sugere-se novos estudos controlados comparando escores de amostras que exercem suas atividades em unidade de pronto-socorro com escores apresentados por sujeitos que trabalham em outros tipos de ambientes assistenciais.

### **6.3 A configuração dos aspectos psicossociais do ambiente laboral no pronto-socorro público e seu potencial efeito estressogênico**

O ambiente psicossocial do trabalho compreende uma série de determinantes de natureza psicossociológica que se relacionam estreitamente com características específicas do trabalho como o seu modo de organização, estruturação e a dinâmica das relações interpessoais existentes (VILLALOBOS; GLORIA, 2004). Esses determinantes desempenham papel fundamental na gênese do estresse laboral, na patogênese de doenças

relacionadas ao trabalho e influenciam, ainda, na percepção da QV dos profissionais que os vivenciam (NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010).

A relação construída entre os elementos psicossociais do trabalho e a saúde do trabalhador é ambígua e dicotômica, pois dependendo das circunstâncias nas quais ocorrem esses elementos podem ser benéficos e atuarem como protetores da saúde humana, em outras podem ser deletérios e patogênicos (CASSEL, 1976; KARASEK, THEORELL, 1990).

Nas unidades de urgência e emergência, como no pronto-socorro no qual se realizou o presente estudo, vivenciam-se rotineiramente tais relações dicotômicas moldadas pelos elementos psicossociais que constituem este tipo de ambiente e que instituem, conforme Dejourns, Abdouchelli e Jayet (1994, p. 22), “o paradoxo psíquico do trabalho”.

Para Nieuwenhuijsen, Bruinvels e Frings-Dresen (2010) a associação entre a manifestação de sintomas de estresse e a vivência laboral em um ambiente psicossocial negativo está claramente descrita na literatura atual. Ainda existem lacunas teóricas na especificação de quais elementos psicossociais atuam como condicionantes mais significativos na produção do adoecimento do trabalhador. Para esses autores, a principal preocupação seria entender quais aspectos psicossociais podem ser considerados mais importantes na determinação da saúde física, psicológica, social ou influentes nos indicadores de QV.

No presente estudo foi avaliada a configuração, ou seja, o modo como elementos psicossociais do trabalho se apresentaram no ambiente laboral destes profissionais a partir da concepção de Robert Karasek (1979) que considera a interação de três elementos psicossociais básicos (controle sobre processo de trabalho, demandas psicológicas e apoio social) como influentes nos níveis de estresse e que repercutem na saúde física, mental e, consequentemente, na QV do trabalhador.

O primeiro aspecto psicossocial a ser descrito é o controle sobre o processo de trabalho e seus subitens. Para Karasek e Theorell (1990), o controle é o elemento central de seu modelo teórico-metodológico e constitui-se a partir da interação da autoridade decisória (poder de escolha sobre o que e como realizar seu trabalho) e do discernimento intelectual (potencial de desenvolvimento/aquisição de habilidades).

A avaliação da amostra global do estudo permitiu duas interpretações dos fenômenos psicossociais estudados. Uma relacionada à frequência com que os profissionais vivenciam as

situações que caracterizam o aspecto mensurado e outra relacionada aos níveis de intensidade que o trabalhador se percebe vivendo este aspecto psicossocial.

Em relação ao componente “controle”, os profissionais apresentaram vivência moderada de situações que propiciam o exercício do controle sobre o processo de trabalho com baixo controle sobre esse processo. Essa configuração do componente “controle” é preocupante, pois a partir das concepções karasekianas o indivíduo pode estar submetido a altas demandas físicas e psicológicas no ambiente laboral, mas o potencial estressogênico e, conseqüentemente, patogênico destas características do ambiente de trabalho são amenizadas quando o trabalhador assume o controle do seu processo laboral.

Karasek e Theorell (1990) citam que, em muitos de seus estudos, as demandas psicológicas do trabalho, além das pressões para realizar as tarefas o mais rapidamente possível e os conflitos laborais, pareceram representar importantes fatores de riscos para o adoecimento do trabalhador. Contudo, foi a falta de controle sobre o processo de trabalho que representou o principal fator de risco patogênico para esta população. O baixo controle isoladamente pode produzir efeitos deletérios, pois costuma ser consequência da perda de habilidade e pelo desinteresse que caracterizam o trabalho com este perfil. As situações mais prejudiciais à saúde do trabalhador ocorrem quando o baixo controle sobre o processo de trabalho está associado a altas demandas do ambiente laboral.

Quanto ao “discernimento intelectual”, a literatura demonstra que se trata de um dos mais importantes aspectos para a conquista do controle sobre o processo de trabalho, pois as habilidades e competências do trabalhador estão sendo exercitadas e desenvolvidas. De tal forma, o trabalhador se sente mais apto e seguro na condução de situações (a)típicas que venham a ocorrer no seu processo laboral. Em relação a esse aspecto, a amostra pesquisada apresentou níveis satisfatórios de “discernimento intelectual”, caracterizando-se como vivenciando altos níveis deste elemento psicossocial em seu trabalho e possuindo intensa vivência de situações que permitem o desenvolvimento de novas habilidades e estimulam a liberdade criativa (tabela 11).

Enquanto o discernimento intelectual é ativamente exercitado por esse grupo de profissionais, ajudando a caracterizar altos níveis de controle sobre o processo de trabalho, o segundo componente que compõe essa dimensão, a “autoridade decisória”, apresenta indicadores insatisfatórios que contribuem para a amostra ser caracterizada como baixos níveis de controle.

Em Karasek e Theorell (1990) encontra-se que, comumente, a autoridade sobre decisões e a vivência de situações que permitam o aprendizado e o desenvolvimento de aptidões aparecem juntas no ambiente laboral, mas este não foi o cenário encontrado no pronto-socorro estudado. Os profissionais que compuseram a amostra apresentaram baixo nível de autoridade decisória e vivência moderada de situações em que poderiam exercitar sua autonomia. Ocupações com esse perfil (alto discernimento intelectual e baixa autoridade sobre decisões) são raras, segundo esses mesmos autores.

Por outro lado, é importante ressaltar que esta análise foi realizada considerando uma amostra heterogênea de profissionais, designados, neste estudo, genericamente de “profissionais assistenciais de um pronto-socorro público”. Em uma leitura pelo viés das distintas categorias profissionais, a distribuição de cada uma destas pode ajudar a compreender melhor a prevalência destes fenômenos psicossociais.

Para Karasek e Theorell (1990), profissionais técnicos apresentam vivência moderada de situações que permitem o desenvolvimento de habilidades e o exercício da criatividade e como possuem pouca autonomia nas decisões de como e o quê fazer em seu trabalho, dificilmente experimentam níveis plenos de controle no ambiente laboral. Esta configuração psicossocial foi encontrada para a amostra geral deste estudo e se justifica pela predominância de técnicos de enfermagem como sujeitos de pesquisa, compondo 70,5% da amostra global (tabela 2).

Tradicionalmente, quando existem nos serviços profissionais com formação técnica correspondente ao Ensino Médio, o gerenciamento do serviço é de responsabilidade do profissional de nível superior que detém maior autonomia na tomada de decisões, assim como poder de escolha de modelos e estratégias de gestão interna. Na perspectiva assistencial o gerenciamento do plano de cuidados ao paciente também é de responsabilidade dos profissionais graduados. Dessa forma, dependentes das ações e decisões de outros profissionais, a autoridade decisória e, conseqüentemente, os níveis de controle dos técnicos se tornam restritos (LEOPARDI, 1999).

A hierarquização verticalizada que existe entre os profissionais de enfermagem é um exemplo pertinente para a compreensão desta dinâmica. Nesta categoria profissional o enfermeiro (profissional de nível superior) detém, entre outras atribuições, o gerenciamento e supervisão da equipe de enfermagem (composta por auxiliares e técnicos de enfermagem) e, também o controle do gerenciamento do plano de cuidados de enfermagem direcionado aos

pacientes sob sua responsabilidade (LEOPARDI, 1999). Aos técnicos e auxiliares de enfermagem, cabem o cumprimento das prescrições (enfermagem e médica) elaboradas por profissionais de nível superior. De tal maneira, o trabalho está condicionado à supervisão de outro profissional, limitando-se as oportunidades para tomada de decisão.

A forma como se organiza este tipo de trabalho na área de saúde está estruturada nos moldes taylorista<sup>24</sup> de organização laboral, pois se verifica características peculiares destes modelos, tais como: fragmentação do processo de assistência, separação entre concepção e execução (pensar e fazer) e padronização de tarefas que podem propiciar um fazer repetitivo, sem exercício da criatividade e desenvolvimento de habilidades diversas. Ou seja, desenvolve a habilidade direcionada ao fazer padronizado, tal qual a concepção de “especialização” de Adam Smith<sup>25</sup>) (MAGNAGO, 2008).

Neste modelo, tido para alguns autores como clássico, cabe aos profissionais técnicos apenas a execução das tarefas (cumprimento das prescrições médica e de enfermagem). Estando limitados ao “fazer”, são afastados do processo integral do cuidar e, conseqüentemente, passam a possuir controle limitado sobre seu processo de trabalho, como se pode verificar na tabela 13, demonstrando técnicos de enfermagem como os profissionais com os menores níveis de controle na amostra estudada ( $\bar{x} = 16,46$ ).

Trata-se de algo preocupante, uma vez que o baixo controle sobre o processo de trabalho pode influenciar negativamente a saúde do trabalhador, podendo afetar a autoestima, aumentar os níveis de estresse e gerar insatisfação e tensão no ambiente laboral. Magnago (2008) destaca que as repercussões do baixo controle sobre o planejamento e a execução das

---

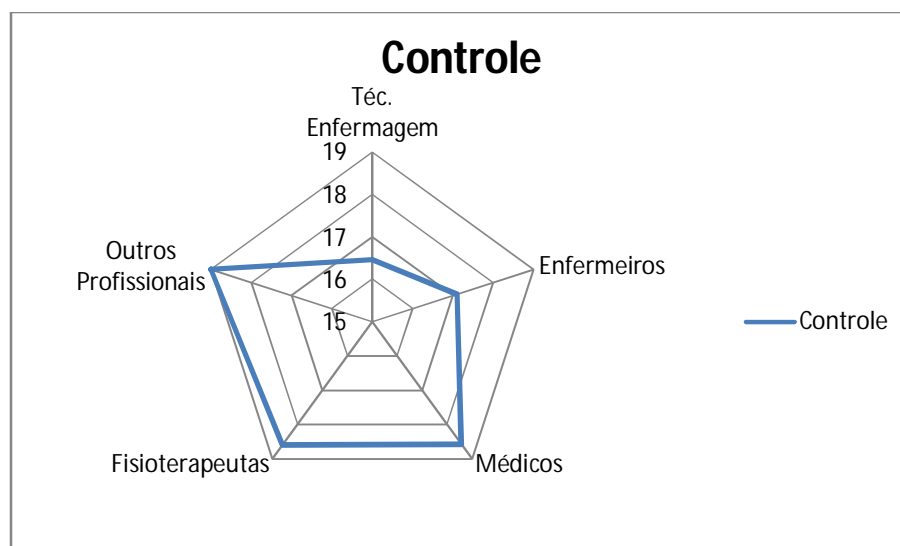
<sup>24</sup>O taylorismo é um método científico de organização do trabalho que foi desenvolvido pelo engenheiro norte americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915). Primeiramente foi publicado na obra “Os Princípios da Administração” de 1911, ficando caracterizado, principalmente, pela racionalização da produção, pela substituição de métodos empíricos pelo método científico de produção, por selecionar trabalhadores de acordo com suas aptidões e treiná-los para cargos específicos, pela otimização do tempo de serviço marcado pela repetição e especialização em determinada tarefa.

<sup>25</sup>Adam Smith no capítulo inicial de sua obra publicada originalmente em 1776 propõe que a produtividade é maximizada quando os trabalhadores estão assentados em ocupações cujas tarefas são menores e mais especializadas possíveis, pois isso promove a aquisição de destreza e rapidez na execução, eliminando movimentos e tempo perdido. SMITH, A. **An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations**. 2 vols. Chicago: University of Chicago Press, 1976. In: KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life**. Nova Iorque: Basic Books, 1990.

tarefas podem estar presentes na saúde do trabalhador mesmo quando ainda não percebíveis organicamente.

Em contrapartida, os maiores níveis de controle foram apresentados, respectivamente, pelos nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais (agrupados como “outros profissionais”) e fisioterapeutas, como se pode visualizar na figura 2, que apresenta a distribuição dos níveis de controle de acordo com as categorias profissionais avaliadas. De modo diferente dos profissionais de enfermagem, do ponto de vista assistencial, esses profissionais detêm maior autonomia em relação à medicina para prescrição de cuidados relacionados à sua área de atuação, isto é, não precisam estar diretamente dependentes das condutas médicas para realização de seu trabalho.

Figura 2 – Distribuição dos níveis de controle de acordo com categorias profissionais analisadas



Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

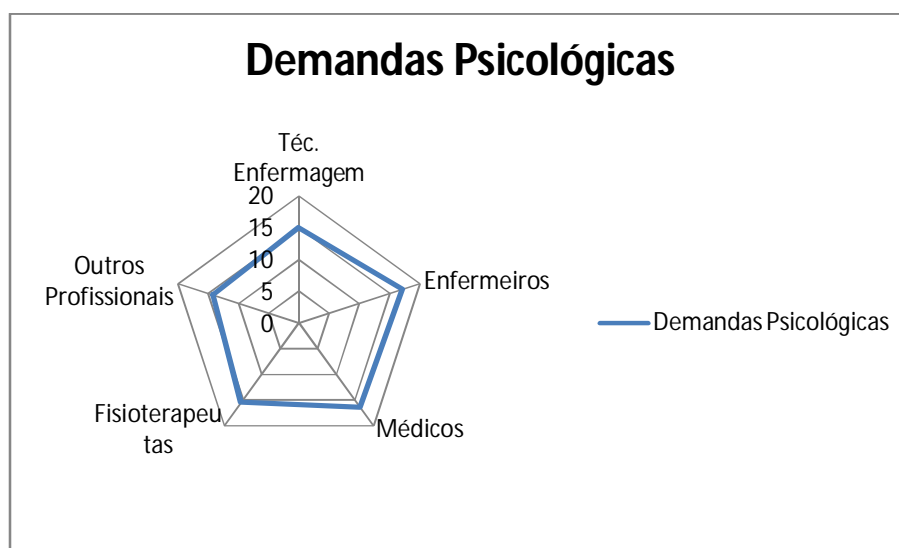
Em relação às demandas, evoca-se uma reflexão a partir de uma leitura do ambiente laboral em questão. Neste cenário, são nítidas e sabidamente reconhecidas na literatura as pesadas cargas físicas e psíquicas aos quais os trabalhadores de unidades de urgência e emergência estão expostos (AWADA, REZENDE, 2007; DAL PAI, LAUTERT, 2008). A sobrecarga física que, como descrito anteriormente, pode advir da demanda excessiva de usuários ao sistema público de saúde ou, ainda, pela necessidade econômica que obrigam os

profissionais a possuírem dois ou mais vínculos empregatícios. A sobrecarga psíquica é intrínseca ao tipo de serviço e permeia toda a instituição. A esse ambiente soma-se a pesada carga psíquica negativa inerente de unidades críticas, nas quais a possibilidade de pacientes irem a óbito ou terem sequelas graves é uma constante.

Entretanto, mesmo com esse quadro potencialmente patogênico, os profissionais pesquisados apresentaram baixas demandas psicológicas ( $\bar{x} = 15,38$  e  $Mi = 17$ ) (tabela 11).

Novamente se depara com a heterogeneidade amostral dessa pesquisa quando se tenta compreender essa configuração, uma vez que as diferenças entre os escores médios de avaliação das demandas psicológicas para as diferentes categorias profissionais analisadas se mostraram altamente significativas ( $p < 0,01$ ). Os técnicos em enfermagem foram os profissionais que juntamente com nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais apresentaram os menores níveis de demanda (respectivamente,  $\bar{x} = 14,92$  e  $\bar{x} = 14,17$ ), enquanto os enfermeiros e médicos apresentaram, respectivamente, os maiores índices da amostra ( $\bar{x} = 17,17$  e  $\bar{x} = 16,41$ ), demonstrando serem os profissionais que estão vivenciando maiores demandas psicológicas (figura 3).

Figura 3 – Distribuição dos níveis de demandas psicológicas de acordo com categorias profissionais analisadas



Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011



Magnano (2008), em um estudo que avaliou as condições de trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem na perspectiva do MDC, encontrou que os menores níveis de demanda psicológica foram apresentados por técnicos de enfermagem. A autora destaca esse achado, pois se esperava que este agrupamento profissional estivesse mais propenso às demandas psicológicas inerentes à organização do ambiente laboral, sobretudo considerando o tradicional modelo rigidamente hierarquizado no qual se organiza as categorias profissionais da enfermagem e que, geralmente, impõe aos profissionais de nível médio e fundamental um ritmo mais intenso de trabalho.

Na perspectiva do modelo karasekiano, a percepção de demandas excessivas *per si* não é fator preocupante, mas a dialética desta dimensão com os níveis de controle e suporte social o é, como se verá a seguir.

A presença de altas demandas psicológicas e baixos níveis de controle sobre o processo de trabalho constitui a experiência laboral mais patogênica na perspectiva do MDC. A essa situação, denominada por Karasek e Theorell (1990) como “trabalho de alta exigência”, estão associadas várias repercussões físicas e psicológicas para a saúde do trabalhador que vivencia altos níveis de estresse laboral. Ocorrendo tal situação, o sujeito encontra-se limitado no uso de mecanismos de *coping* e, quando esse quadro se perpetua o trabalhador está propenso à cronificação do estresse e à Síndrome de *Burnout*. Na amostra deste estudo, 16,67% (n = 36) dos profissionais se enquadraram como vivenciando um trabalho de alta exigência.

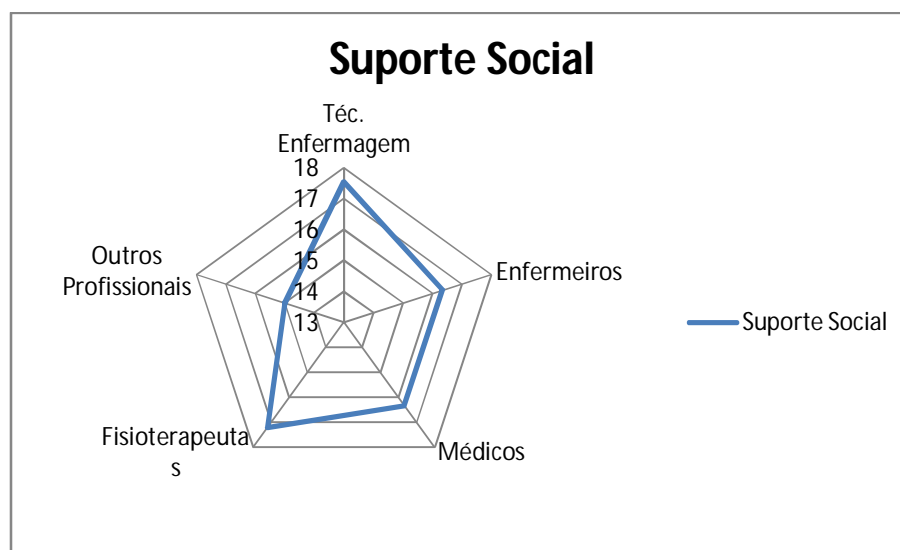
Nesta pesquisa houve uma maior proporção de profissionais que se enquadraram no perfil de “trabalho passivo” (59,26%). Segundo Karasek e Theorell (1990), esse perfil de trabalho é marcado pela gradativa redução das capacidades para resolução de problemas cotidianos que podem surgir no ambiente de trabalho. Esse prejuízo na criatividade e na autonomia decisória pode ser relacionado, principalmente, à ausência ou à diminuição de demandas presentes no ambiente psicossocial de trabalho. De acordo com Karasek (1979), é um fator limitante do crescimento do trabalhador, pois a falta de desafios ou situações diversificadas que fogem à rotina de trabalho, tornam as atividades laborais repetitivas, monótonas e que não instigam o trabalhador na busca por novas aptidões ou capacidades.

E, em relação ao suporte social, variável psicossocial que deve atuar como moderadora dos efeitos prejudiciais das demandas psicológicas, o grupo de profissionais avaliados caracterizou-se com altos níveis de percepção de suporte social e moderada concordância de

que este vivencia situações nas quais se sentem com uma rede de apoio social no ambiente de trabalho. Constitui uma configuração benéfica e, possivelmente, salutar para os profissionais avaliados, pois como encontrado em Karasek e Theorell (1990) o suporte social é um elemento do ambiente psicossocial do trabalho que atua como amenizador ou protetor dos potenciais efeitos deletérios das situações desgastantes que não estão sob o controle do trabalhador.

Em relação aos níveis de suporte social, a “categoria profissional” foi a única variável que se mostrou estatisticamente influente ( $p = 0,05$ ) na determinação de níveis distintos deste aspecto psicossocial. Os técnicos de enfermagem da amostra foram os profissionais que apresentaram os maiores níveis de suporte social percebido ( $\bar{x} = 17,52$ ) seguidos dos fisioterapeutas ( $\bar{x} = 17,2$ ). O grupo formado pelos psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais apresentou o menor indicador para esta variável ( $\bar{x} = 15$ ) (figura 4).

Figura 4 – Distribuição dos níveis de suporte social de acordo com categorias profissionais analisadas



Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Possivelmente a organização do trabalho desses profissionais justifique tal indicador, pois enquanto enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos permanecem a maior parte do tempo nas unidades de atendimento, ausentando-se apenas nos horários de

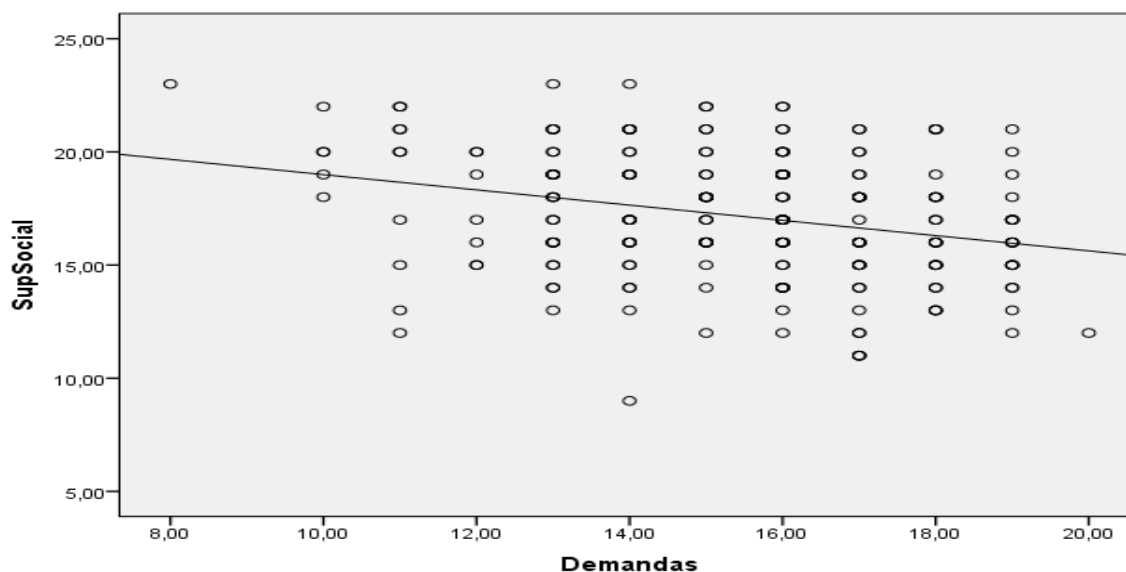
descanso e refeições, os profissionais destacados com os menores indicadores de suporte social permanecem pouco tempo nas unidades assistenciais, possuindo salas separadas nas quais desenvolvem a maior parte de suas atividades.

Essa “segregação” pode ser entendida como prejudicial a esses trabalhadores, uma vez que limitam o número de contatos sociais e oportunidades de interação com outros profissionais que exercem suas atividades na mesma organização ou, quando não limitados, os vínculos construídos são superficiais. Qualquer uma dessas situações descritas não é salutar, pois estes tipos de relações sociais (contatos diminuídos e superficiais) fazem com que o trabalhador vivencie de maneira mais intensa os efeitos prejudiciais do estresse laboral, ou tenham limitadas suas capacidades de aprendizado e aperfeiçoamento (KARASEK, THEORELL, 1990; FONSECA, MOURA, 2008).

Karasek e Theorell (1990) descrevem que existe uma substancial correlação positiva entre os componentes “suporte social” e “controle”. Todavia, na análise realizada neste estudo (tabela 15), não se encontrou correlação linear estatisticamente significativa entre essas variáveis, nem entre a variável “suporte social” e as sub-dimensões do componente “controle”. Ressalta-se que as correlações encontradas foram muito fracas.

Em relação aos níveis de suporte social e demandas psicológicas, Karasek e Theorell (1990) encontraram correlações importantes entre essas variáveis, mas com sentido negativo. Neste estudo, o mesmo tipo de correlação foi encontrado para a amostra global de sujeitos participantes, sendo essa correlação altamente significativa ( $\rho = -0,28$ ;  $p \leq 0,01$ ) (Figura 5).

Figura 5 – Gráfico de dispersão entre os níveis de suporte social e demandas psicológicas apresentados pela amostra global do estudo



Fonte: Coleta de Dados - Porto Velho/RO, 2011

Tal achado indica que quanto maiores os níveis de suporte social, menores são os níveis de demanda psicológica percebidos pelos profissionais, reforçando o papel amenizador que a variável “suporte social” possui diante dos efeitos deletérios das demandas do ambiente laboral.

A correlação altamente significativa encontrada neste estudo entre os níveis de “suporte social” e de “demandas psicológicas”, possivelmente pauta-se nas proposições encontradas no trabalho de Van der Doef e Maes (1999) e que se enquadram na configuração psicossocial encontrada no pronto-socorro analisado. Para estes autores, é evidente o efeito atenuante do suporte social frente às condições patogênicas que decorrem da maneira como o trabalho se organiza, porém é mais provável que esse efeito amenizador tenha maior relevância quando os níveis de controle sobre o processo de trabalho são baixos.

#### **6.4 Aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida em um pronto-socorro público: possíveis correlações**

Visando responder ao objetivo geral e às hipóteses iniciais deste estudo compararam-se as diferenças dos indicadores de QV de acordo com os níveis de controle, demandas

psicológicas, suporte social e categorias de interação do MDC apresentados pela amostra do estudo (tabela 14)

No capítulo introdutório hipotetizou-se que as altas demandas psicológicas, como aquelas que são frequentemente encontradas no trabalho realizado nos prontos-socorros públicos poderiam atuar como agentes estressogênicos e repercutir deletariamente na saúde física e psíquica do trabalhador.

De acordo com o referencial karasekiano, as altas demandas do ambiente laboral podem não constituir-se isoladamente em situações prejudiciais ao trabalhador. Ao contrário, se ocorrem concomitantemente com situações que estejam sob o controle do trabalhador e/ou estejam atreladas a alto suporte social, por exemplo, as altas demandas do trabalho constituem em elementos motivadores de aprendizado, satisfação, crescimento pessoal e desenvolvimento de habilidades. Quando nenhuma destas situações acontece (alto controle e alto suporte social) as altas demandas podem se tornar deletérias à saúde e qualidade de vida humana.

Neste estudo nenhum dos domínios de QV apresentou escores estatisticamente diferentes quando dicotomizados a partir dos níveis de demanda psicológica, mas percebeu-se que profissionais com alta demanda psicológica apresentaram prejuízos nos domínios *físico* e *psicológico*, quando comparados a profissionais com baixa demanda psicológica. Não se encontrou nenhuma correlação linear forte entre a variável “demandas” e as outras variáveis analisadas. Esta variável apresentou apenas coeficientes de correlação “fracos”/“muito fracos” e, somente a correlação entre “demandas” e “domínio físico” apresentou-se estatisticamente significativa ( $\rho = 0,15$  e  $p \leq 0,05$ ), embora bastante fraca.

A despeito da ausência de significância estatística, ressalta serem preocupantes as diferenças entre os escores médios de QV dos domínios *físico* e *psicológico* de acordo com os níveis de demanda psicológica apresentados pelos grupos avaliados, pois Karasek (1979) destaca que a cronificação da percepção ou vivência de altas demandas no ambiente de trabalho está associada com o relato de níveis elevados de sintomas físicos por parte dos trabalhadores e, muitas vezes, esses sintomas físicos ocorrem juntos com uma série de sintomas psicológicos como ansiedade, exaustão emocional, frustração e depressão que comprometem a saúde e qualidade de vida dos profissionais.

Em relação aos níveis de controle, profissionais avaliados com "alto controle sobre o processo de trabalho" apresentaram escores superiores para todos os domínios de QV.

Destacam-se os escores dos domínios *físico* ( $\bar{x} = 67,81$ ) e *meio-ambiente* ( $\bar{x} = 51,73$ ), cujas diferenças em relação ao grupo de "baixo controle" foram estatisticamente significativas (respectivamente,  $p = 0,02$  e  $p = 0,05$ ). Na análise correlacional esses domínios também se apresentaram altamente significativos ( $p < 0,01$ ) quando correlacionados com os níveis de controle apresentados pela amostra (respectivamente,  $\rho = 0,19$  e  $\rho = 0,20$ ), embora sejam correlações positivas fracas.

Karasek e Theorell (1990) demonstram em seu modelo teórico os efeitos benéficos que o alto controle sobre o processo de trabalho induz sobre a saúde do trabalhador. O papel salutogênico desta variável psicossocial do ambiente laboral é tão marcante que esses autores a consideram o elemento central de seu modelo. A importância do controle sobre o processo de trabalho sustenta-se na capacidade que este elemento possui em amenizar os efeitos danosos de componentes laborais que são prejudiciais ao trabalhador.

Neste estudo não se encontrou evidências estatisticamente significativas que comprovassem o efeito modulador da variável controle sobre as altas demandas do trabalho. Os profissionais sob altas demandas psicológicas foram categorizados em dois grupos distintos de acordo com os níveis de controle apresentados por estes, desta forma apresentou-se profissionais com altas demandas e alto controle sobre o processo de trabalho (grupo denominado "trabalho ativo" de acordo com o MDC) e os profissionais com altas demandas, mas baixos níveis de controle ("alta exigência").

De acordo com alguns dos preceitos karasekianos, esperava-se que os profissionais caracterizados com o perfil de "trabalho ativo" apresentassem maiores indicadores de QV para todos os domínios avaliados do que os profissionais com perfil de "trabalho de alta exigência", mas na prática não foi esse o quadro encontrado. O grupo de "trabalho ativo" apresentou-se com melhores indicadores de QV do que o grupo oposto apenas nos domínios *físico* ( $p = 0,32$ ) e domínio ambiental ( $p = 0,08$ ), nos domínios *psicológico* e das *relações sociais* os profissionais categorizados com "alta exigência" no trabalho foram os que apresentaram melhores indicadores de QV (respectivamente,  $p = 0,75$  e  $p = 0,46$ ).

O "trabalho ativo", mesmo sendo caracterizado pela presença de altas demandas psicológicas, deveria estar associado com melhores indicadores de satisfação no trabalho e menores índices de estresse, pois os profissionais vivenciam também altos níveis de controle sobre seu processo de trabalho. Dessa forma, estariam mais bem preparados para lidar com os efeitos negativos das altas demandas convertendo-as em oportunidades de crescimento,

desenvolvimento pessoal ou aperfeiçoamento de habilidades e, assim, estariam se protegendo dos potenciais efeitos deletérios que o estresse pode induzir sobre a saúde e qualidade de vida.

Kain (2010) faz uma ressalva importante sobre o papel modulador que a variável psicossocial “controle” desempenha sobre as demandas psicológicas e os sintomas físicos ou psicológicos decorrentes destas. Para esse autor, o controle somente atuará como mecanismo amenizador de efeitos negativos nos indivíduos que utilizam ativamente estratégias de enfrentamento (*coping* ativo).

A luta (ou enfrentamento) e a fuga (ou evitamento) consistem em duas possibilidades fundamentais de resposta a serem apresentadas por um organismo frente a um agente estressor. Quando se opta por lutar ou, em termos mais cotidianos, “enfrentar o problema”, o organismo deve considerar o potencial que a ameaça representa comparando-a com os próprios(as) recursos/forças que estão disponíveis e às expectativas particulares sobre a probabilidade de vitória com o mínimo de efeitos colaterais. Nesse sentido, além do ato de enfrentamento propriamente dito, o lutar está relacionado, também, ao entendimento, exploração e avaliação do agente estressor procurando compreendê-lo integralmente de forma com que os recursos e a energia adaptativa despendidos na luta sejam otimizados.

Caso as condições necessárias para o empreendimento da luta não sejam satisfatoriamente atendidas, ou as estratégias utilizadas apresentem-se falhas diante de, por exemplo, um agente estressor cronificado, o organismo pode considerar uma segunda possibilidade de resposta: o evitamento do agente estressor.

A razão pela qual as pessoas com altas habilidades de enfrentamento (*coping* ativo) apresentam menores níveis de estresse é que elas utilizam quaisquer oportunidades que lhes são oferecidas para lidar com as altas demandas de trabalho ao invés de fugir do agente estressor. O lado negativo da fuga, quando utilizada como única possibilidade de resposta diante de agentes estressores, é que no decorrer do tempo o indivíduo passa a negar a existência do estressor ou a escotomizar sua presença apesar das manifestações deletérias continuarem a ocorrer (KARASEK; THEORELL, 1990).

Como possibilidades de respostas, a luta e a fuga não se sobressaem em grau de importância. Ambas são fundamentais e indispensáveis no manejo do estresse, cabendo ao indivíduo o discernimento e a predisposição de empregar a melhor estratégia diante do agente estressor a ser enfrentado.

Em relação à terceira variável psicossocial avaliada pelo MDC, encontrou-se que o suporte social também se revelou uma variável estatisticamente significativa na percepção de QV dos profissionais de saúde deste estudo. Quando dicotomizados a partir dos níveis de suporte social percebido, o grupo com alto suporte social apresentou indicadores de QV superiores ao grupo com baixo suporte social para todos os domínios mensurados, sendo as diferenças para os domínios *físico*, *psicológico* e *meio-ambiente* altamente significativas ( $p < 0,01$ ).

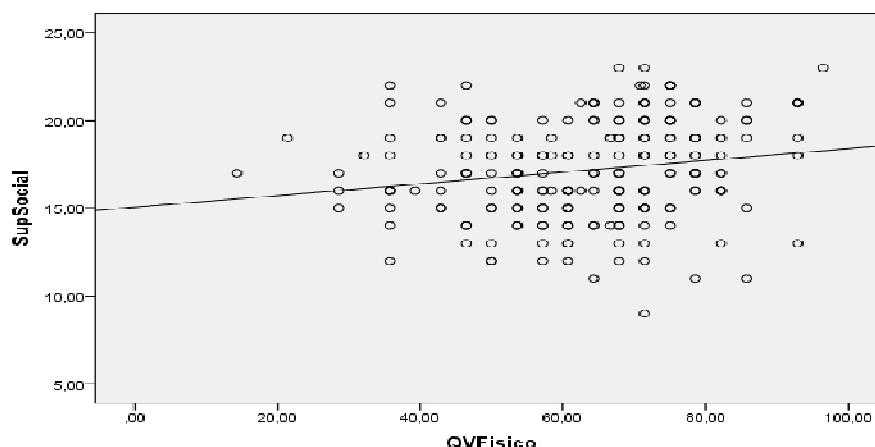
Tais achados confirmam uma das hipóteses iniciais deste estudo, na qual se pressupunha que altos níveis de suporte social estariam associados a indicadores de QV mais elevados. De acordo com o MDC, indivíduos integrados socialmente tendem a apresentar menos problemas de ordem biopsicossocial e estariam mais propensos ao aprendizado, desenvolvendo novas habilidades e aptidões, ou maximizando aquelas já existentes.

Indivíduos com altos níveis de suporte social, teoricamente, deveriam apresentar maiores recursos para enfrentarem as demandas do ambiente laboral e, conseqüentemente, os efeitos deletérios decorrentes das demandas do meio seriam amenizados e interfeririam menos na saúde do trabalhador. Antiteticamente, indivíduos com baixo suporte social estariam predispostos a comprometimentos na saúde física e psicológica decorrentes dos altos níveis de estresse laboral (KARASEK; THEORELL, 1990).

Essa predisposição a prejuízos físicos e psicológicos relatados na literatura foram percebidos indiretamente nos achados deste estudo. A análise mostrou correlações positivas estatisticamente significativas entre os níveis de suporte social e os indicadores de QV para os domínios *físico* (figura 6) e *psicológico* (respectivamente,  $\rho = 0,22$  e  $\rho = 0,23$ ), revelando a tendência encontrada na amostra estudada, ou seja, quanto maior o suporte social percebido, maiores foram os indicadores de QV para esses domínios. Como a variação destes elementos é conjunta, o cenário inverso também é verdadeiro, quanto menores os níveis de suporte social, menores são os indicadores de QV.



Figura 6 – Gráfico de dispersão entre os níveis de suporte social e os indicadores de QV para o domínio *físico* apresentados pela amostra global do estudo



Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Considerando o potencial amenizador que esta variável psicossocial possui sobre os efeitos negativos do estresse, encontrar variações conjuntas positivas sobre os níveis de suporte social e os indicadores de QV era esperado, sobretudo nos domínios *físico* e *psicológico*, pois estas são as esferas da vida humana que primeira e diretamente sofrem os efeitos deletérios do estresse.

Na literatura, comumente são ressaltados os efeitos que o estresse crônico produz sobre a saúde e a vida de um indivíduo, pois as repercussões deste tipo de estresse são mais graves e danosas. Entretanto, a mera possibilidade de se enfrentar um agente estressor possui potencialidade para comprometimentos da QV.

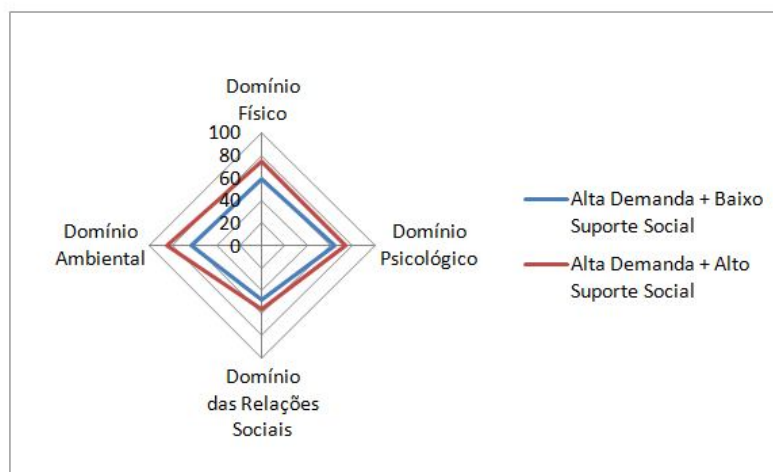
De acordo com as teorizações de Selye (1956) e Lipp (2003), na eminência de uma situação estressogênica, o organismo entra em estado de alerta, no qual se inicia uma série de reações psicofisiológicas, com o intuito de prepará-lo para o enfrentamento do problema ou para o seu evitamento. Tais reações psicofisiológicas compreendem um agrupamento de respostas endócrinas que visam maximizar as capacidades físicas do indivíduo e preparam o organismo para entrar em ação, seja lutando contra o estressor ou, simplesmente, fugindo.

Essas respostas endócrinas alteram o funcionamento normal do metabolismo orgânico acelerando-o e, com isso, o indivíduo fica mais alerta, ocasionando as seguintes reações: contração vascular, elevação da pressão arterial, aumento da acidez gástrica, entre outras

alterações fisiológicas que ocorrem na fase de alarme. Com esse quadro instalado, facetas importantes da vida humana que são consideradas na avaliação da dimensão física da qualidade de vida ficam comprometidas como, por exemplo, insatisfação com o sono, quadros álgicos, fadiga e exaustão etc. Quando o estresse se cronifica os prejuízos à saúde e qualidade de vida tendem a aumentar em frequência e gravidade.

Por fim, testou-se também a hipótese de que a variável “suporte social” apresentaria potencial amenizador sobre os efeitos negativos que as altas demandas psicológicas do ambiente de trabalho teriam sobre os níveis de QV. Encontrou-se que, em comparação ao agrupamento de profissionais que apresentou altas demandas psicológicas e baixos níveis de suporte social, os indivíduos que apresentaram altas demandas atreladas com a percepção de alto suporte social obtiveram melhores indicadores de QV para todos os domínios avaliados (figura 07), sendo as diferenças entre os escores médios dos dois grupos, para os domínios físico e ambiental, estatisticamente significativas.

Figura 7 – Distribuição dos indicadores de QV de acordo com os níveis de suporte social apresentados pelo grupo de profissionais vivenciando altas demandas psicológicas



Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Karasek e Theorell (1990) descrevem que o apoio recebido por parte dos colegas de trabalho e supervisores é um dos fatores mais importantes para abrandar os efeitos negativos do estresse laboral. Essa constatação surgiu a partir de uma série de observações de amostras de trabalhadores suecos e americanos, nas quais se evidenciou que os profissionais que reportaram baixo suporte social, altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o

processo de trabalho estavam mais propensos à fadiga mental, doenças do sistema digestório, dores, afecções musculoesqueléticas e cardiopatias.

Uma possível explicação para esse cenário pode ser encontrada na “hipótese protetora” de Cohen e Wills (1985). Para esses autores, os efeitos benéficos do “suporte social” estão relacionados diretamente com a rede de contatos estabelecida pelo profissional em seu ambiente de trabalho. Nessa perspectiva, não possuir uma rede de contatos faz com que um nível maior de demandas seja exigido do trabalhador, aumentando a probabilidade deste se sentir mais estressado. Portanto, o simples contato com outras pessoas diminui os efeitos negativos do estresse.

Indivíduos com alto suporte social também dispõem de maiores recursos para lidar com eventos estressantes, proporcionando uma melhor adaptação frente aos efeitos negativos do estresse (FONSECA; MOURA, 2008).

A integração social, representada como a percepção de alto suporte social por parte dos sujeitos da pesquisa, pode ser associada diretamente com melhores indicadores de qualidade de vida, pois esta variável reconhecidamente possui potencial atenuante dos efeitos negativos do estresse sobre o organismo humano.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respeitando as limitações intrínsecas dos estudos transversais, as quais não permitem construir inferências causais sobre os fenômenos estudados, acredita-se que este estudo conseguiu responder as suas hipóteses iniciais e contribuiu para traçar o perfil dos trabalhadores do pronto-socorro estudado no que tange aos níveis de qualidade de vida e aos componentes psicossociais do ambiente laboral em questão.

Em relação aos níveis de qualidade de vida, a amostra estudada apresentou escores condizentes com uma avaliação mediana da QV para a maioria dos domínios considerados e, ainda, uma avaliação ruim para o domínio relacionado à satisfação com o meio no qual o trabalhador vive/interage, sendo este o domínio pior valorado neste estudo.

Vários elementos do ambiente laboral apresentaram-se estatisticamente significativos na determinação da QV destes trabalhadores, destacando no contexto deste estudo o papel apresentado pela sobrecarga de horas semanais trabalhadas e pelo número excessivo de vínculos empregatícios que os sujeitos declararam possuir. Essas variáveis foram relacionadas com prejuízos nos domínios físico, psicológico e social de QV.

Agrava-se esse resultado preocupante o alto percentual de profissionais em condição de sobrecarga de trabalho, sendo 43,3% possuindo mais de um vínculo empregatício e 43,06% trabalhando mais de 40 horas semanais, podendo provocar cansaço excessivo e prejuízos sociais. Isso, sem considerar as horas despendidas a atividades familiares, como o trabalho doméstico e cuidados com os filhos, comuns em profissionais do sexo feminino que, neste estudo, representaram 73% da amostra.

O trabalho no pronto-socorro pode ser considerado um elemento negativamente determinante dos níveis de QV de quem exerce suas funções laborais nesse tipo de espaço, pois essas instituições costumam ter um ritmo de demandas urgentes e emergentes, muitas vezes frustrantes, que são potencialmente desgastantes. Em função disso, entende-se que medidas de incentivo à dedicação exclusiva e redução da carga horária semanal trabalhada para esses trabalhadores podem ser fundamentais para que estes tenham saúde e qualidade de vida. Além disso, tais medidas não geram apenas benefícios à classe trabalhadora, estendendo-se também às organizações e aos empregadores, pois um trabalhador saudável, feliz e bem-adaptado ao ambiente organizacional tende a apresentar um melhor desempenho

em suas atividades funcionais, maior produtividade e menores índices de absenteísmo, que por sua vez, repercutem em melhorias no cuidado despendido ao paciente.

Em relação ao ambiente psicossocial de trabalho, analisado por meio da tríade “controle, demandas psicológicas e suporte social” evidenciou-se que, contraditoriamente ao que se esperava, a amostra apresentou baixos níveis de demandas psicológicas e baixos níveis de controle sobre o seu processo de trabalho. Encontrou-se, ainda, a percepção de altos níveis de suporte social por parte dos colegas de trabalho e das chefias.

O papel desempenhado pelas baixas demandas no ambiente laboral possui uma visão relativizada na literatura. Autores como Kain (2010) defendem que as baixas demandas psicológicas laborais são suscitadoras de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades e otimização de estratégias de *coping*, pois sem elas o trabalhador pode direcionar todos seus recursos para o crescimento e desenvolvimento pessoal. Já Karasek e Theorell (1990) defendem que a ausência de demandas ao trabalhador pode tornar o trabalho monótono, uma vez que a falta de desafios faz com que este não exercite seu potencial criativo e não desenvolva seu repertório de habilidades.

No que tange ao âmbito das demandas psicológicas do ambiente laboral, cogitou-se a hipótese de que, isoladamente, estas estariam associadas com índices menores de qualidade de vida nos domínios *físico, psicológico, das relações sociais e ambiental*. Apesar de se ter encontrado no grupo com altas demandas psicológicas, indicadores de QV para os domínios físico e psicológico inferiores aos apresentados pelo grupo com baixas demandas, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Por isso, não foi possível associar a presença de altas demandas com prejuízos nos indicadores de QV avaliados.

A variável “controle” se mostrou mais relevante do que a variável “demandas” na determinação de melhores indicadores de QV para todos os domínios avaliados. As diferenças entre os grupos com alto e baixo controle foram estatisticamente significativas apenas para os domínios “físico” e “ambiental”, confirmando que, para essas dimensões, a hipótese de que altos níveis de controle estão associados com indicadores mais altos de QV. Esse achado reforça a importância do controle e seus efeitos benéficos como variável psicossocial do ambiente laboral.

Ressalta-se que a análise isolada de cada elemento psicossocial é útil apenas para caracterizar o ambiente psicossocial do trabalho, atuando como mecanismo para compreensão

de sua configuração e da vivência/percepção que cada trabalhador possui destes aspectos. O potencial preditor de saúde, bem-estar e qualidade de vida que os elementos psicossociais do ambiente possuem é mais bem compreendido e avaliado por meio da análise das combinações possíveis entre eles.

Quanto a essas possíveis interações entre demandas psicológicas e controle propostas pelo MDC, o maior percentual da amostra deste estudo enquadrou-se no perfil de “trabalho passivo”, caracterizando uma situação marcada pela atrofia gradativa de habilidades, aptidões, criatividade e capacidades de resolução de problemas. Na perspectiva do MDC, esse é a segunda situação laboral mais prejudicial, pois se trata de uma conjuntura na qual o trabalho não propicia o desenvolvimento pessoal e causa a perda de habilidades adquiridas previamente, fazendo com que o trabalhador passe a vivenciar um trabalho pouco prazeroso, desmotivante e improdutivo.

Dentre as três variáveis psicossociais avaliadas, o *suporte social* foi aquela que se associou de maneira estatisticamente significativa com melhores indicadores de QV para um maior número de domínios. O grupo de profissionais com alto suporte social apresentou níveis mais elevados de QV para todos os domínios avaliados, sendo os domínios *físico*, *psicológico* e *ambiental* aqueles cuja diferença entre escores do grupo com baixo suporte social foi estatisticamente significativa, confirmando a hipótese de que alto suporte social está associado com melhores indicadores de QV para esses domínios.

Hipotetizou-se, também, que o alto controle sobre o processo de trabalho, além de estar associados com níveis mais altos de QV, atuariam amenizando os efeitos deletérios que as altas demandas psicológicas poderiam infligir sobre os indicadores de QV. Dessa forma, os profissionais que vivenciam altas demandas e alto controle sobre o processo de trabalho estariam mais protegidos dos efeitos do estresse de acordo com o MDC e, além disso, apresentariam melhores indicadores de QV.

Essa hipótese protetora não foi confirmada neste estudo, apesar de o grupo denominado “trabalho ativo” ter apresentado melhores indicadores de QV para os domínios “físico” e “ambiental”, cujas diferenças não foram estatisticamente significativas. Ademais, os domínios “psicológico” e das “relações sociais” foram mais bem valorados pelos profissionais com o perfil de “trabalho de alta exigência”, que segundo o MDC é aquele mais patogênico e propenso aos efeitos negativos do estresse.

Outra hipótese levantada no início da pesquisa era que, assim como a variável “controle”, a variável “suporte social” apresentaria potencial amenizador sobre os efeitos negativos que as altas demandas teriam sobre os níveis de QV. Neste estudo evidenciou-se que, em comparação ao grupo com altas demandas e baixo suporte social, os indivíduos que apresentaram altas demandas e alto suporte social obtiveram melhores indicadores de QV em todos os domínios avaliados, sendo as diferenças entre os escores médios dos dois grupos, para os domínios “físico” e “ambiental” estatisticamente significativas.

Neste estudo o suporte social foi o elemento psicossocial do ambiente laboral que demonstrou ter maior relação com melhores indicadores de QV, reforçando a tese de que o nível de suporte social percebido pelo trabalhador é um dos principais fatores para as pessoas lidarem efetivamente contra os prejuízos advindos do estresse.

Existem diferentes mecanismos pelos quais as relações sociais estabelecidas no ambiente de trabalho atuam sobre a saúde e qualidade de vida do trabalhador. Podem agir minimizando os impactos psicossociais que o estresse pode causar nas distintas esferas da vida humana ou, ainda, atuando na aquisição/aperfeiçoamento dos recursos de *coping* empreendidos pelo indivíduo (KARASEK; THEORELL, 1990).

Esta pesquisa não objetivou compreender o modo como a organização social do pronto-socorro estudado influenciou os níveis de QV dos profissionais de saúde. Entretanto, diante da significativa associação deste elemento psicossocial com melhores indicadores de QV, ressalta-se a importância de novos estudos com esta população a fim de se averiguar como este elemento age salutarmente nestes indivíduos. Além disso, estratégias visando à reorganização social do trabalho e que promovam maior integração entre trabalhadores podem ser ferramentas úteis para promover bem-estar, qualidade de vida e redução de morbidades.

Ressalta-se também que este estudo reflete um interesse crescente que existe no campo da saúde coletiva e das políticas públicas sobre a avaliação da QV de distintas populações. No cenário atual, índices de QV se tornaram importantes indicadores para avaliação da eficiência de políticas e programas de saúde, bem como, da eficácia de determinadas intervenções em saúde. No âmbito da saúde do trabalhador, sobretudo na vertente de estudos sobre o ambiente psicossocial do trabalho, compreender como o fenômeno se apresenta em determinado agrupamento de indivíduos e quais fatores são influentes na determinação de melhores ou piores níveis de QV, pode se converter em uma ferramenta útil a ser empregada na tomada de decisões e no julgamento clínico. Quando pertinente, pode orientar a reorganização de

espaços e do processo de trabalho, visando criar um ambiente salutar o qual permita ao trabalhador o desenvolvimento de suas aptidões e crescimento pessoal.

Nesta perspectiva, entende-se que a conquista de um ambiente físico e psicossocial saudável deve ser entendido como um direito de todo trabalhador e que esforços constantes devem ser feitos visando melhorias na qualidade de vida, tornando-a um princípio doutrinário de qualquer instituição.



## Referências

- AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controlle entre trabalhadores de restaurantes industriais do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 212-22, 2010.
- AL-QUTOP, M. O. Y; HARRIM, H. Quality of worklife human well-being linkage: integrated conceptual framework. **International Journal of Business and Management**, v. 6, n. 8, p. 193-205, 2011.
- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 3, p. 617-29, 2007.
- ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde**. 259f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública. 2004.
- ALVES, M. G. M., et al. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.2, p. 164-71, 2004.
- ALVES, M. G. M., et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.5, p. 893-6, 2009.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p. 355-66, 2005.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M., et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.
- AWAD, G.; VORUGANTI, L. N. P. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophrenia Bulletin**, v. 26, p. 557-64, 2000.
- AWADA, S. B.; REZENDE, W. W. Serviços de emergência: problema de saúde pública. In: MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. B. **Pronto-Socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Barueri: Manole, 2007.
- BABBIE, E. **Métodos de Pesquisa Survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, S. V. Quality of life associated factors in Chileans hospital nurses. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 480-6, 2007.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-32, 2007.

BECKER, G. M.; GLASCOFF, M. A.; FELTS, W. M. Salutogenesis 30 years later: Where do you go from here? **International Electronic Journal of Health Education**, v. 13, p. 25-32, 2010.

BEZERRA, R. P.; BERESIN, R. A síndrome de burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 351-6, 2009.

BOGNAR, G. The concept of quality of life. **Social Theory and Practice**, v. 31, n. 4, p. 561-80, 2005.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, L. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1585-96, 2010.

BRASIL. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.cns.br>>

BREAKWELL, G. M., et al. **Métodos de pesquisa em psicologia**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRUIN, G. P.; TAYLOR, N. **Sources of work stress inventory**: technical manual. Johannesburg: Jopie van Rooven & Partners, 2006.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 232-40, 2008.

CARVALHO, L. **Atenção básica: stress e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros de Paracambi – RJ**. 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CASSEL, E. J. The contribution on the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, v. 104, p. 107-23, 1976.

CELLA, D. F.; TULSKY, D. Measuring quality of life today: methodological aspects. **Oncology**, v. 4, p. 28-38, 1990.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Ficha de Estabelecimento de Saúde**. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, p. 310-57, 1985.

COOPER, C. L.; DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P. **Organizational stress: a review and critique theory, research, and applications**. Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 2001.

COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. 1ª edição. São Paulo: Atlas, 2003.

CUMMINS, R. A. The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. **Social Indicators Research**, v. 38, p. 303-28, 1996.

CUMMINS, R. A. The validity and utility of subjective quality of life: a reply to Hatton and Ager. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 15, p. 261-8, 2002.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 439-44, 2008.

DE JONGE, J., et al. A longitudinal test of the Demand-Control Model using specific jobs demands and specific job control. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 17, p. 125-33, 2010.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. 236 f.. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 502-8, 1995.

FERNANDES, M. H. **Características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde na avaliação da qualidade de vida de professores da rede municipal de Natal/RN**. 98f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, p. 115-46, 2009.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. Estresse: possibilidades e limites. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (orgs.) **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A., et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A., et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FOGAÇA, M. C., et al. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 299-305, 2009.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência Psicológica** – mente, cérebro e comportamento. 2ª impressão revisada. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GHERARDI-DONATO, E. C. S.; VILLAR LUIS, M. A.; CORRADI-WEBSTER, C. M. A relação estresse, uso de álcool e trabalho. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; MEURS, J. A. **Stress e qualidade de vida no trabalho** - stress social: enfrentamento e prevenção. São Paulo: Atlas, 2011.

GIACOMINI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.

HAMMER, T. H., et al. Expanding the psychosocial work environment: workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 09, n. 1, p. 83-97, 2004.

HERNANDEZ, J. A. E., et al. Validação de construto do instrumento perfil do estilo de vida individual. **Arquivos em Movimento**, v. 3, n. 1, p. 3-17, 2007.

JACQUES, M. G.; CODO, W. (orgs.) **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

JUÁREZ-GARCÍA, A. Factores psicosociales laborales relacionados con La tensión arterial y síntomas cardiovasculares em personal de enfermería en México. **Salud Publica de México**, v. 49, n. 1, p. 109-17, 2007.

KAIN, J. **The influence of goal orientation on Karasek's (1979) Job Demands-Control Model**. 96 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Bowling Green State University, Ohio, 2010.

KARASEK, R. A. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quaterly**, v. 24, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work**: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Nova Iorque: Basic Books, 1990.

KLUTHCOVSK, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Quality of life – conceptual issues. **Revista Salus**. v.1, n.1, p. 13-5, 2007.

LEOPARDI, M. T. **O Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIPP, M. E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1997.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress** – teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOSCOCO, K. A.; SPITZE, G. Work conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 31, p. 313-27, 1990.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem**. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro, 2008.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p.65-90, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2011.

MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 8, n.3, p. 128-46, 1999.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos**. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MEEBERG, A. G. Quality of life: a concept analysis. **Journal Advanced Nursing**, v.18, p. 328-39, 1993.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde**, v. 5, n.1, p.7-18, 2000.

MOREIRA, M. M. S. Qualidade de Vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. **Serviço Social em Revista**, v. 9, n.1, p. 25-36, 2007.

MORENO, A. B., et al. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2585-97, 2006.

MUNTANER, C.; O'CAMPO, P. J. A critical appraisal of the demand-control model of the psychosocial work environment: epistemological, social, behavioral and class consideration. **Social Science and Medicine**, v. 36, n. 11, p. 1509-17, 1993.

NEGELISKI, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 606-13, 2011.

NG, W.; et al. Affluence, feelings of stress, and well-being. **Social Indicators Research**, v. 94, n. 2, p. 257-71, 2008.

NIEUWENHUIJSEN, K.; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders – a sistematic review. **Occupational Medicine**, v. 60, p. 277-86, 2010.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de stress. **Ensaio e Ciência**, v. 1, n. 1, p. 11-8, 2006.

PAES, A. T. Análise univariada e multivariada. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 1-2, 2010.

PEDROSO, B., et al. **Qualidade de vida: uma ferramenta para o cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100**. XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro, 2008.

PEDROSO, B., et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-BREF através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, p. 31-6, 2010.

PITTA, A. M. F. A equação no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 35-60, 1996.

PITTHAN, L. O. **Exposição do professor substituto da saúde ao estresse no trabalho**. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REHMAN, S. U.; RASLI, A.; ALHARTHEY, B. The psychometric impacts of Karasek's Demands and Control Scale on employees' job dissatisfaction. **African Journal of Business Management**, v. 5, n. 10, p. 3794-806, 2011.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 413-20, 2010.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 147-59, 2009.

ROSSI, L., et al. Psicologia e emergência médicas: uma aproximação possível. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, 2004.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SCHMIDT, D. R. C., et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 330-7, 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos metodológicos e conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-89, 2004.

SELYE, H. **The stress of life**. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1956.

SILVA, J. L. L. **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, M. E. **Fatores predisponentes à Síndrome de Burnout no trabalho em unidade de emergência.** 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SILVA, E. A. T.; MARTINEZ, A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 53-61, 2005.

SOBRINHO, C. L. N., et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-40, 2006.

SPILLER, A. P. M; DYNIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 88-95, 2008.

TAVARES, J. P. **Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes.** 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TZENG, D. S., et al. Psychological morbidity, quality of life and their correlations among military health care workers in Taiwan. **Industrial Health**, n. 74, p. 626-34, 2009.

URBANETO, J. S., et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, 2011.

VAN DER DOEFL, M.; MAES, S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. **Stress and Work**, v. 13, n. 2, p. 87-114, 1999.

VILLALOBOS, F.; GLORIA, H. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales: aproximación conceptual y valorativa. **Ciencia & Trabajo**, v. 6, n. 14, p. 197-201, 2004.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2010** – Anatomia dos homicídios no Brasil. Instituto Sangari, 2010. Disponível em: <<http://www.sangari.com/midias/pdfs/MapaViolencia2010.pdf>>. Acesso em: 10 set 2010.

WOOD-DAUPHNEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 355-63, 1999.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. WHOQOL-BREF: **Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.** Programme on Mental Health, 1996.

YEUNG, J. **Job stress, job control, pay schemes, and organizational outcomes: a study of workers in China.** International Graduate School of Management. University of South

Australia, 2004. Disponível em: [http://jgxy.usx.edu.cn/DAOM/074\\_JosephYeung.pdf](http://jgxy.usx.edu.cn/DAOM/074_JosephYeung.pdf). Acesso em: 27 ago. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF e SF-36**: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.



## **ANEXOS**

## Anexo 01 – Questionário de caracterização sociodemográfica e laboral

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL			
1.	Sexo:	1. ( ) Masculino	2. ( ) Feminino
2.	Idade:	_____ anos	
3.	Estado Civil:	<b>1-</b> ( ) Solteiro <b>2-</b> ( ) Casado <b>3-</b> ( ) Separado <b>4-</b> ( ) Viúvo <b>5-</b> ( ) Mora junto com companheiro	
4.	Quantos filhos você tem?	<b>1-</b> ( ) Não tem filhos <b>2-</b> ( ) 1 filho <b>3-</b> ( ) 2 filhos <b>4-</b> ( ) 3 filhos <b>5-</b> ( ) Mais de 3 filhos	
5.	Qual a sua profissão?	<b>1-</b> ( ) Auxiliar de enfermagem <b>2-</b> ( ) Técnico de enfermagem <b>3-</b> ( ) Enfermeiro <b>4-</b> ( ) Médico	<b>5-</b> ( ) Fisioterapeuta <b>6-</b> ( ) Psicólogo <b>7-</b> ( ) Nutricionista <b>8-</b> ( ) Assistente Social
6.	Há quanto tempo você trabalha neste hospital?	<b>1-</b> ( ) Menos de 1 ano <b>2-</b> ( ) de 1 a 3 anos <b>3-</b> ( ) de 3 a 5 anos <b>4-</b> ( ) Mais de 5 anos	
7.	Considerando todas as suas atividades laborais, quantas horas você trabalha por semana?	<b>1-</b> ( ) menos de 20h <b>4-</b> ( ) 40h <b>2-</b> ( ) 20h <b>5-</b> ( ) 44h <b>3-</b> ( ) 30h <b>6-</b> ( ) mais de 44h	
8.	Quantos contratos de vínculo empregatício você possui	<b>1-</b> ( ) apenas o HPSJPII <b>2-</b> ( ) 2 <b>3-</b> ( ) 3 <b>4-</b> ( ) mais de 3	
9.	Qual período do dia você trabalha?	<b>1-</b> ( ) apenas diurno <b>4-</b> ( ) diurno e noturno no mesmo dia <b>2-</b> ( ) apenas noturno <b>5-</b> ( ) apenas matutino <b>3-</b> ( ) diurno e noturno em dias alternados <b>6-</b> ( ) apenas vespertino	

## Anexo 02 – WHOQOL-BREF

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>
Você recebe dos outros o apoio que necessita	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se recebeu “muito” apoio como abaixo.

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>
Você recebe dos outros o apoio que necessita	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se não recebeu nada de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
02	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões a seguir são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
05	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
06	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
07	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
08	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

Anexo 03 – Questionário do Conteúdo do Trabalho em sua versão resumida - *Job Stress Scale*

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada uma das perguntas e responda com qual FREQUÊNCIA elas ocorrem no seu trabalho.

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
1	Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1	2	3	4
2	Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo?)	1	2	3	4
3	Seu trabalho exige demais de você?	1	2	3	4
4	Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4
5	O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1	2	3	4
6	Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	1	2	3	4
7	Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1	2	3	4
8	Seu trabalho exige que você tome iniciativa?	1	2	3	4
9	No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4
10	Você pode escolher <b>COMO</b> fazer seu trabalho?	1	2	3	4
11	Você pode escolher <b>O QUE</b> fazer no seu trabalho?	1	2	3	4

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada uma das afirmações e responda qual seu grau de concordância a respeito de cada uma delas.

		<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo mais que discordo</b>	<b>Concordo mais que Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>12</b>	Existe um ambiente calmo e saudável onde trabalho.	1	2	3	4
<b>13</b>	No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	1	2	3	4
<b>14</b>	Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4
<b>15</b>	Se eu não tiver num bom dia, meus colegas compreendem.	1	2	3	4
<b>16</b>	No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	1	2	3	4
<b>17</b>	Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	1	2	3	4

## APÊNDICES



**Apêndice 01 - Carta de Autorização para realização de pesquisa na instituição**

À Direção Geral do Hospital Estadual de Pronto-Socorro João Paulo II

Nesta,

Senhor Diretor:

Dirijo-me a Vossa Senhoria no intuito de solicitar autorização para uma pesquisa junto aos profissionais que atuam neste hospital. Trata-se de um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência segundo o referencial da Organização Mundial de Saúde.

A coleta de dados e aplicação dos instrumentos somente serão realizados após parecer favorável de um Comitê de Ética e se houver consentimento por parte dos profissionais após serem esclarecidos dos objetivos, métodos e aspectos éticos do estudo. Estes, caso concordem em colaborar com a pesquisa, assinarão uma autorização para a divulgação da mesma, ressaltando-se que em nenhum momento, durante ou após a coleta de dados, aparecerão informações que possam revelar sua identidade.

Caso concorde com esta proposta peço que assine a autorização abaixo.

Sem mais, despeço-me, agradecendo sua colaboração.

Cordialmente.

Moisés Kogien<sup>1</sup>

José Juliano Cedaro<sup>2</sup>

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo o Sr. Moisés Kogien a realizar pesquisa nas dependências do Hospital Estadual de Pronto-Socorro João Paulo II junto aos profissionais da instituição, conforme os termos mencionados acima.

Porto Velho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Dr. Rodrigo Barros de Barros  
Diretor Geral  
HEPS/PII

<sup>1</sup> Enfermeiro (COREN-RO 165143). Discente do Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. E-mail: mkogien@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia. Coordenador do Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. E-mail: cedaro@msn.com

## Apêndice 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Moisés Kogien, sou aluno do Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia, sob orientação do Drº José Juliano Cedaro e estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência. Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre como percebe sua vida diária e o seu trabalho.

Antes de responder pedimos atenção para os seguintes esclarecimentos:

- Você tem garantia que em momento algum terá seu nome divulgado;
- Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, não precisando se justificar pela desistência;
- Esta pesquisa não oferece qualquer risco à sua vida ou à sua saúde;
- Se você se sentir desconfortável com qualquer pergunta, poderá deixar de respondê-la, sem apresentar justificativas;
- Esta pesquisa não tem vínculo com o Hospital João Paulo II, com a SESA ou outro órgão do governo do estado de Rondônia.
- Caso você tenha alguma dúvida sobre qualquer assunto da pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores nos telefones indicados abaixo e com o Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia (CEP/UNIR).

Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos, visando oferecer maiores informações sobre qualidade de vida de profissionais de saúde, podendo ser publicados em eventos ou outros veículos pertinentes, mas em nenhum momento seu nome será mencionado ou quaisquer outras informações que possam permitir sua identificação.

A sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa, mas a decisão de participar ou não é sua. Certos de contarmos com a sua participação agradecemos e pedimos que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informamos-lhe, também, que você não receberá nenhum pagamento pela sua participação no estudo e não terá nenhuma despesa.

Concordando em participar desta pesquisa, pedimos que assine o termo abaixo.

\_\_\_\_\_  
Moisés Kogien

Contato: (69) 8134-7132

\_\_\_\_\_  
José Juliano Cedaro

Contato: (69) 8122-0080

### TERMO DE CONCORDÂNCIA

Considerando os termos mencionados acima, eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), sem ter sido obrigado e sabendo que os meus direitos e vontades serão respeitados, concordo em participar desta pesquisa.

Porto Velho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Colaborador(a)

### Apêndice 03 - Resultados secundários

Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as questões que avaliam o Domínio Físico do instrumento WHOQOL-BREF

Facetas Avaliadas	Escore Médio ( $\bar{x}$ )/(s)	Q3	Q4	Q10	Q15	Q16	Q17	Q18
<b>Q3 (Dor e desconforto)</b>	68,05/(±25,02)	1						
<b>Q4 (Dependência de mec- cação ou de tratamentos)</b>	72,44/(±24,51)	0,55**	1					
<b>Q10 (Energia e fadiga)</b>	57,95/(±19,47)	-0,20**	0,17*	1				
<b>Q15 (Mobilidade)</b>	77,44/(±23,61)	-0,26**	0,24**	0,11	1			
<b>Q16 (Sono e repouso)</b>	48,39/(±27,8)	-0,09	0,13*	0,28**	0,15*	1		
<b>Q17 (Atividades da vida cotidiana)</b>	57,72/(±25,25)	-0,26**	0,28**	0,35**	0,36**	0,46**	1	
<b>Q18 (Capacidade de trabalho)</b>	61,06/(±24,97)	-0,27**	0,36**	0,35**	0,32**	0,39**	0,71**	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 17 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio Físico do instrumento WHOQOL-BREF

Variáveis	Q3	Q4	Q10	Q15	Q16	Q17	Q18
<b>1. QVG</b>	-0,19**	0,26**	0,27**	0,18**	0,35**	0,43**	0,31**
<b>2. Domínio Físico</b>	-0,59**	0,62**	0,50**	0,53**	0,58**	0,78**	0,74**
<b>3. Domínio Psicológico</b>	-0,23**	0,27**	0,48**	0,30**	0,41**	0,46**	0,44**
<b>4. Domínio Ambiente</b>	-0,22**	0,17**	0,37**	0,27**	0,25**	0,36**	0,30**
<b>5. Domínio das Relações Sociais</b>	-0,23**	0,27**	0,38**	0,32**	0,42**	0,44**	0,39**
<b>6. Controle</b>	-0,12	0,11	0,16*	0,20**	0,02	0,18**	0,16*
<b>7. Discernimento Intelectual</b>	0,20**	0,12	0,26**	0,24**	0,15*	0,29**	0,20**
<b>8. Autoridade Sobre Decisões</b>	-0,04	0,07	0,04	0,12	-0,08	0,01	0,08
<b>9. Demandas</b>	0,03	-0,09	-0,12	0,05	-0,18**	-0,12	-0,14*
<b>10. Suporte Social</b>	-0,05	0,10	0,15*	0,03	0,29**	0,15*	0,17*
<b>11. Idade</b>	0,15*	-0,21**	0,12	-0,09	0,04	0,06	0,04

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 18 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as questões que avaliam o Domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-BREF

Facetas Avaliadas	Escore Médio ( $\bar{x}$ )/(s)	Q5	Q6	Q7	Q11	Q19	Q26
<b>Q5 (Sentimentos positivos)</b>	53,82/(±23,25)	1					
<b>Q6 (Espiritualidade/religião /crenças pessoais)</b>	78,49/(±22,01)	0,33**	1				
<b>Q7 (Pensar, aprender, memória e concentração)</b>	62,08/(±20,32)	0,32**	0,43**	1			
<b>Q11 (Imagem corporal e aparência)</b>	69,24/(±24,56)	0,26**	0,32**	0,30**	1		
<b>Q19 (Auto-estima)</b>	66,59/(±24,91)	0,40**	0,37**	0,31**	0,46**	1	
<b>Q26 (Sentimentos negativos)</b>	64,86/(±24,78)	0,09	0,11	0,15*	0,19	0,30**	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 19 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-BREF

Variáveis	Q5	Q6	Q7	Q11	Q19	Q26
<b>1. QVG</b>	0,45**	0,24**	0,31**	0,28**	0,43**	0,19**
<b>2. Domínio Físico</b>	0,32**	0,38**	0,33**	0,32**	0,51**	0,25**
<b>3. Domínio Psicológico</b>	0,61**	0,62**	0,59**	0,66**	0,74**	0,48**
<b>4. Domínio Ambiente</b>	0,35**	0,29**	0,34**	0,33**	0,38**	0,11
<b>5. Domínio das Relações Sociais</b>	0,33**	0,45**	0,37**	0,44**	0,61**	0,38**
<b>6. Controle</b>	0,20**	0,14*	0,12	-0,05	0,10	-0,07
<b>7. Discernimento Intelectual</b>	0,22**	0,21**	0,20**	0,02	0,19*	0,05
<b>8. Autoridade Sobre Decisões</b>	0,12	0,04	0,01	-0,08	-0,01	-0,14*
<b>9. Demandas</b>	-0,07	0,14*	0,05	-0,08	-0,04	-0,04
<b>10. Suporte Social</b>	0,08	0,01	0,16*	0,15*	0,12	0,13
<b>11. Idade</b>	-0,04	-0,15*	-0,05	-0,06	0,04	0,11

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 20 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as questões que avaliam o Domínio das Relações Sociais do instrumento WHOQOL-BREF

Variáveis	Escore Médio ( $\bar{x}$ )/(s)	Q20	Q21	Q22
<b>Q20 (Relações pessoais)</b>	65,9/(±22,96)	1		
<b>Q21 (Atividade sexual)</b>	67,4/(±28,76)	0,50**	1	
<b>Q22 (Suporte/Apoio social)</b>	60,37/(±22,48)	0,52**	0,34**	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 21 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio das Relações Sociais do instrumento WHOQOL-BREF

Variáveis	Q20	Q21	Q22
<b>1. QVG</b>	0,32**	0,27**	0,31**
<b>2. Domínio Físico</b>	0,44**	0,40**	0,43**
<b>3. Domínio Psicológico</b>	0,54**	0,52**	0,53**
<b>4. Domínio Ambiente</b>	0,32**	0,36**	0,39**
<b>5. Domínio das Relações Sociais</b>	0,81**	0,80**	0,73**
<b>6. Controle</b>	0,06	-0,03	0,09
<b>7. Discernimento Intelectual</b>	0,15*	0,09	0,20**
<b>8. Autoridade Sobre Decisões</b>	-0,04	-0,11	0,01
<b>9. Demandas</b>	-0,03	0,04	0,01
<b>10. Suporte Social</b>	0,23	0,04	0,32**
<b>11. Idade</b>	0,02	-0,10	-0,07

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 22 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as questões que avaliam o Domínio Ambiente do instrumento WHOQOL-BREF

Variáveis	Escore Médio ( $\bar{x}$ )/(s)	Q8	Q9	Q12	Q13	Q14	Q23	Q24	Q25
<b>Q8 (Segurança física e proteção)</b>	56,68/(±23,35)	1							
<b>Q9 (Ambiente físico: poluição/ ruído/trânsito/clima)</b>	34,68/(±24,26)	0,19**	1						
<b>Q12 (Recursos financeiros)</b>	40,21/(±22,68)	0,41**	0,12	1					
<b>Q13 (Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)</b>	50,69/(±22,43)	0,30**	0,12	0,45**	1				
<b>Q14 (Oportunidades de atividades de recreação/lazer)</b>	38,48/(±22,04)	0,26**	0,25**	0,41**	0,37**	1			
<b>Q23 (Ambiente no lar)</b>	60,94/(±27,29)	0,16*	-0,02	0,15*	0,14*	0,16*	1		
<b>Q24 (Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade)</b>	42,74/(±28,09)	0,21**	0,17	0,19**	0,25**	0,11	0,21**	1	
<b>Q25 (Transporte)</b>	55,99/(±32,52)	0,19**	-0,10	0,30**	0,28**	0,09	0,22*	0,38*	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 23 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio Ambiente do instrumento WHOQOL-BREF

Variáveis	Q8	Q9	Q12	Q13	Q14	Q23	Q24	Q25
1. QVG	0,20**	0,13	0,25**	0,28**	0,31**	0,15*	0,13	0,17**
2. Domínio Físico	0,26**	0,11	0,31**	0,44**	0,32**	0,14*	0,17**	0,17**
3. Domínio Psicológico	0,46**	0,16*	0,32**	0,42**	0,42**	0,25**	0,09	0,11
4. Domínio Ambiente	0,55**	0,33**	0,62**	0,64**	0,55**	0,47**	0,60**	0,59**
5. Domínio das Relações Sociais	0,35**	0,09	0,27**	0,36**	0,36**	0,28**	0,08	0,27**
6. Controle	0,12	0,06	0,24**	0,19**	0,12	0,05	0,12	0,11
7. Discernimento Intelectual	0,20**	0,07	0,19**	0,20**	0,14*	0,06	0,05	0,13
8. Autoridade Sobre Decisões	0,04	0,02	0,21**	0,11	0,06	0,04	0,12	0,07
9. Demandas	0,06	-0,11	-0,07	-0,05	-0,13	0,03	-0,06	0,04
10. Suporte Social	0,10	0,08	-0,03	0,10	0,06	0,09	0,04	-0,03
11. Idade	-0,02	0,04	-0,06	-0,13*	-0,08	0,06	-0,02	-0,02

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 24 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as questões que avaliam o Domínio Demandas do instrumento *Job Stress Scale*

Variáveis	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Q1 (Rapidez p/ realizar tarefas)	1				
Q2 (Trabalho intenso)	0,52**	1			
Q3 (Exigências do trabalho)	0,30**	0,46**	1		
Q4 (Tempo para cumprir tarefas)	0,34**	0,32**	0,22**	1	
Q5 (Exigências contraditórias)	0,34**	0,27**	0,17*	0,28**	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 25 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio Demandas do instrumento *Job Stress Scale*

Variáveis	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1. QVG	-0,09	-0,12	-0,10	-0,03	-0,02
2. Domínio Físico	-0,12	-0,17*	-0,12	-0,07	-0,09
3. Domínio Psicológico	-0,08	-0,01	0,07	0,02	-0,11
4. Domínio Ambiente	-0,01	-0,08	0,01	0,01	-0,10
5. Domínio das Relações Sociais	-0,02	-0,03	0,06	0,06	-0,06
6. Controle	-0,05	-0,01	0,01	-0,07	0,02
7. Discernimento Intelectual	0,04	0,05	0,07	-0,03	0,08
8. Autoridade Sobre Decisões	-0,12	-0,06	-0,02	-0,08	-0,04
9. Demandas	0,71**	0,74**	0,59**	0,68**	0,60**
10. Suporte Social	-0,23**	-0,17*	-0,09	-0,17*	-0,31**
11. Idade	-0,12	-0,19**	0,04	-0,10	-0,05

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 26 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as questões que avaliam o Domínio Controle do instrumento *Job Stress Scale*

Variáveis	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
<b>Q6 (Possibilidade de aprendizado)</b>	1					
<b>Q7 (Exigência de habilidades especializadas)</b>	0,12	1				
<b>Q8 (Tomada de iniciativa)</b>	0,16*	0,20**	1			
<b>Q9 (Tarefas repetitivas)</b>	-0,04	-0,08	-0,13	1		
<b>Q10 (Possibilidade de escolher como fazer seu trabalho)</b>	0,20**	0,05	0,11	-0,09	1	
<b>Q11 (Possibilidade de escolher o que Fazer no seu trabalho)</b>	0,14*	0,06	0,11	0,08	0,47**	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 27 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio Controle do instrumento *Job Stress Scale*

Variáveis	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
<b>1. QVG</b>	0,29**	-0,02	0,08	0,03	0,01	-0,01
<b>2. Domínio Físico</b>	0,39**	0,06	0,02	0,02	0,05	0,02
<b>3. Domínio Psicológico</b>	0,26**	0,08	0,06	-0,07	-0,02	-0,01
<b>4. Domínio Ambiente</b>	0,21**	0,08	0,12	0,04	0,09	0,16*
<b>5. Domínio das Relações Sociais</b>	0,18**	0,04	0,16*	-0,02	-0,10	-0,01
<b>6. Controle</b>	0,51**	0,32**	0,33**	0,16*	0,69**	0,75**
<b>7. Discernimento Intelectual</b>	0,70**	0,49**	0,44**	0,33**	0,15*	0,19**
<b>8. Autoridade Sobre Decisões</b>	0,19**	0,04	0,09	0,01	0,83**	0,87**
<b>9. Demandas</b>	-0,13	0,09	0,28**	0,01	-0,12	-0,02
<b>10. Suporte Social</b>	0,12	0,03	-0,05	0,04	0,04	-0,01
<b>11. Idade</b>	-0,07	-0,01	0,19*	0,07	-0,03	-0,05

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 28 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as questões que avaliam o Domínio Suporte Social do instrumento *Job Stress Scale*

Variáveis	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17
<b>Q12 (Ambiente de trabalho)</b>	1					
<b>Q13 (Relacionamento com colegas)</b>	0,16*	1				
<b>Q14 (Apoio dos colegas)</b>	0,18**	0,57**	1			
<b>Q15 (Compreensão dos colegas)</b>	0,09	0,44**	0,60**	1		
<b>Q16 (Relacionamento com chefes)</b>	-0,02	0,45**	0,47**	0,41**	1	
<b>Q17 (Gosto de trabalhar com os colegas)</b>	0,02	0,40**	0,46**	0,39**	0,68**	1

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)

Tabela 29 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependente e independentes e as questões que avaliam o Domínio Suporte Social do instrumento *Job Stress Scale*

<b>Variáveis</b>	<b>Q12</b>	<b>Q13</b>	<b>Q14</b>	<b>Q15</b>	<b>Q16</b>	<b>Q17</b>
<b>1. QVG</b>	0,11	0,14*	0,07	0,05	-0,01	-0,01
<b>2. Domínio Físico</b>	-0,01	0,18**	0,13	0,17*	0,15	0,18**
<b>3. Domínio Psicológico</b>	-0,05	0,16*	0,14*	0,14*	0,07	0,13
<b>4. Domínio Ambiente</b>	0,11	0,15*	0,10	0,02	0,01	-0,01
<b>5. Domínio das Relações Sociais</b>	-0,02	0,18**	0,19**	0,17*	0,18**	0,16*
<b>6. Controle</b>	0,12	-0,01	0,09	0,05	-0,06	-0,01
<b>7. Discernimento Intelectual</b>	0,01	0,03	0,10	-0,01	0,01	0,07
<b>8. Autoridade Sobre Decisões</b>	0,16*	-0,04	0,02	0,07	-0,09	-0,05
<b>9. Demandas</b>	-0,27**	-0,19**	-0,19**	-0,17*	-0,15*	-0,10
<b>10. Suporte Social</b>	0,32**	0,72**	0,78**	0,73**	0,66**	0,65**
<b>11. Idade</b>	0,01	-0,07	-0,03	0,02	0,12	0,05

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  (teste bicaudal)



Tabela 30 – Frequências das variáveis psicossociais de acordo com quesitos laborais: análise da distribuição das proporções (teste de Qui-Quadrado).

Aspectos Psicossociais do Trabalho						
Variável Laboral	↑Demanda	↓Demanda	↑Controle	↓Controle	↑Suporte Social	↓Suporte Social
Nº de Vínculos Empregatícios						
Apenas 1	22 (50,00%)	100 (58,14%)	29 (55,77%)	93 (56,71%)	26 (50,00%)	74 (52,48%)
2 ou mais	22 (50,00%)	72 (41,86%)	23 (44,23%)	71 (43,29%)	26 (50,00%)	67 (47,52)
p valor	0,33		0,90		0,76	
Carga Horária Semanal						
≤ 40 horas	24 (54,55%)	98 (57,65%)	31 (59,62%)	91 (56,17%)	49 (67,12%)	72 (51,8%)
> 40 horas	20 (45,45%)	72 (42,35%)	21 (40,38%)	71 (48,83%)	24 (32,88%)	67 (48,2%)
p valor	0,71		0,66		0,03	
Turno de Trabalho						
Somente Diurno	13 (43,33%)	63 (45,65%)	15 (35,71%)	61 (48,41%)	30 (52,63%)	45 (41,28%)
Somente Noturno	03 (10,00%)	21 (15,22%)	09 (21,43%)	15 (11,90%)	09 (15,79%)	15 (13,76%)
D e N em dias Alternados	14 (46,67%)	54 (39,13%)	18 (42,86%)	50 (39,68%)	18 (31,58%)	49 (44,95%)
Escala de 24 horas	14 (46,67%)	34 (24,64%)	10 (23,81%)	38 (30,16%)	16 (28,07%)	32 (29,36%)
p valor	0,29		0,30		0,40	
Tempo de Serviço						
≤ 1 ano	08 (18,18%)	32 (18,60%)	10 (19,23%)	30 (18,29%)	11 (15,07%)	29 (20,57%)
1 a 5 anos	22 (50,00%)	66 (38,37%)	23 (44,23%)	65 (39,63%)	28 (38,36%)	60 (42,55%)
≥ 5 anos	14 (31,82%)	74 (43,02%)	19 (36,54%)	69 (42,07%)	34 (46,58%)	52 (36,88%)
p valor	0,32		0,77		0,35	
Suporte Social						
Alto Suporte Social	07 (15,91%)	66 (38,82%)	18 (34,62%)	55 (33,95%)		
Baixo Suporte Social	37 (84,09%)	104 (61,18%)	34 (65,38%)	107 (66,05%)		
p valor	0,00		0,93			

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011

Quadro 7 – Relação crescente dos escores médios das facetas de QV avaliadas pelo WHOQOL-BREF

Nº	Questão	Faceta	Média	Domínio
01	Q9	(Ambiente físico: poluição/ ruído/trânsito/clima)	34,68/(±24,26)	Domínio Ambiental
02	Q14	(Oportunidades de atividades de recreação/lazer)	38,48/(±22,04)	Domínio Ambiental
03	Q12	(Recursos financeiros)	40,21/(±22,68)	Domínio Ambiental
04	Q24	(Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade)	42,74/(±28,09)	Domínio Ambiental
05	Q16	(Sono e repouso)	48,39/(±27,8)	Domínio Físico
06	Q13	(Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)	50,69/(±22,43)	Domínio Ambiental
07	Q5	(Sentimentos positivos)	53,82/(±23,25)	Domínio Psicológico
08	Q25	(Transporte)	55,99/(±32,52)	Domínio Ambiental
09	Q8	(Segurança física e proteção)	56,68/(±23,35)	Domínio Ambiental
10	Q17	(Atividades da vida cotidiana)	57,72/(±25,25)	Domínio Físico
11	Q10	(Energia e fadiga)	57,95/(±19,47)	Domínio Físico
12	Q22	(Suporte/Apoio social)	60,37/(±22,48)	Domínio Social
13	Q23	(Ambiente no lar)	60,94/(±27,29)	Domínio Ambiental
14	Q18	(Capacidade de trabalho)	61,06/(±24,97)	Domínio Físico
15	Q7	(Pensar, aprender, memória e concentração)	62,08/(±20,32)	Domínio Psicológico
16	Q26	(Sentimentos negativos)	64,86/(±24,78)	Domínio Psicológico
17	Q20	(Relações pessoais)	65,9/(±22,96)	Domínio Social
18	Q19	(Auto-estima)	66,59/(±24,91)	Domínio Psicológico
19	Q21	(Atividade sexual)	67,4/(±28,76)	Domínio Social
20	Q3	(Dor e desconforto)	68,05/(±25,02)	Domínio Físico
21	Q11	(Imagem corporal e aparência)	69,24/(±24,56)	Domínio Psicológico
22	Q4	(Dependência de medicação ou de tratamentos)	72,44/(±24,51)	Domínio Físico
23	Q15	(Mobilidade)	77,44/(±23,61)	Domínio Físico
24	Q6	(Espiritualidade/religião/crenças pessoais)	78,49/(±22,01)	Domínio Psicológico

Fonte: Coleta de Dados – Porto Velho/RO, 2011